

Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete
Egészséggazdasági, egészségpolitikai és
szociálpolitikai nemzetközi szakirodalmi összefoglaló
2025. IV. negyedév 2. sz. (Lapzárta: 2025. november 10. 0:00)
Alapító főszerkesztő: Kövesi Ervin (1990-2014; † 2022) – Szerkesztő: Komáromi Béla (2005-)

Globális egészségügy

- Jelentés az antibiotikum rezisztenciák globális helyzetéről – *Global Antibiotic Resistance Surveillance Report 2025*
- Az öngyilkosság miatti halálozás rátájának globális trendjei a világ 102 országában 1990 és 2021 között és prognózisa 2050-ig
- Kábítószerfogyasztással összefüggő zavarok a világ 204 országában 1990 és 2021 között – *Global Burden of Disease (GBD) Study 2021*
- Státuszjelentés az idegrendszeri betegségek globális helyzetéről – *Global status report on neurology*

Kórházügy

- A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve – *VKD Praxisberichte 2025*
- Pszichiátriai barométer 2024/2025. A német pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete – *Psychiatrie Barometer 2024/2025 (DKI)*
- A svájci kórházi szektor átalakulása 2013 és 2021 között
- SpiGes – új egységes kórházi adatgyűjtési rendszer Svájcban

Ápolás

- Válsághelyzet az orvosi és ápolószemélyzet körében Európában
- Az orvosi és ápolószemélyzet prognózisa az Európai Unióban 2071-ig
- A tartós ápolás szükséglettervezése Svájcban 2040-ig és prognózisa 2050-ig
- A norvég ápolási rendszer

Gyógyszer

- Gyógyszertámogatási rendszerek Európában (4. rész): Svédország, Ausztria, Egyesült Királyság
- Placebo-receptek 20 európai országban és Izraelben

e-health

- Nemzetközi tapasztalatok a telemonitoring területén

Cikkek a rákos megbetegedések helyzetéről

Lelki egészség

- A lelki egészség finanszírozása és költségei 2022-ben Svájcban

Fogászat

- Private equity a fogászat területén Nagy-Britanniában
- A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről 2024-ben és 2025-ben – *BARMER Zahnreport 2024. Állcsontsebészet; BARMER Zahnreport 2025. Fogtömések*
- A szájegészség helyzete Svájcban 2020 és 2022 között (BFS)

A szexizmustól a szexuális zaklatásig

- Jószándékú és ellenséges szexizmus globális kontextusban. A szexizmus hatása a nők lelki és testi egészségére
- Jelentés a szexuális zaklatásokról az európai orvosok körében
- Szexizmus és szexuális erőszak a francia orvosok körében

Prevenció

- A PSA-tesztek megismétlésének gyakorisága és trendjei Nagy-Britanniában

Orvosetika

- Kéretlen betegpanaszok és orvosok részére nyújtott informális iparági kifizetések az Egyesült Államokban

Orvostörténet

- Hajóorvosok a történelemben

Infotainment

- „Béke az időseknek!” A világ legrégebbi ápolási otthona

Personalia

- Jacqueline Kitulu, az Orvosok Világszövetségének új elnöke

Melléklet

- Gyógyszertámogatási rendszerek Európában – egységes szerkezetben

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

***Jelentés az antibiotikum rezisztenciák globális helyzetéről –
Global Antibiotic Resistance Surveillance Report 2025***
World Health Organization, 13 October 2025

Kulcsszavak: globális egészségügy, gyógyszer, antibiotikum, antibiotikum rezisztencia, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.who.int/news/item/13-10-2025-who-warns-of-widespread-resistance-to-common-antibiotics-worldwide> ;

Full text: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240116337> (114 p.) ;

Summary: <https://www.who.int/publications/i/item/B09585> (20 p.)

A *WHO Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS)* bevezetésére 2015-ben került sor. A rendszerhez 2024-ig 138 ország és territórium csatlakozott. A tanulmány a világ száz országából származó 23 millió adatot értékelt.

Világviszonylatban minden hatodik, laborban megerősített bakteriális fertőzést antibiotikum-rezisztens kórokozó váltott ki. A jelentés 22 gyakran alkalmazott antibiotikum vonatkozásában értékelte a helyzetet, többek között húgyúti, gyomor-bélrendszeri és vérárambeli fertőzések, valamint a szexuális úton terjedő gonorrhoea ellen alkalmazott antibiotikumokat. A legfrissebb adatok 2023-ból származnak.

Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint 2021-ben világviszonylatban 7,7 millió haláleset következett be bakteriális fertőzés következtében. Ezek közül 1,1 millió eset antibiotikum rezisztenciával hozható összefüggésbe. A jelentés keretében nyolc, gyakori – többek között húgyúti, gyomor-bélrendszeri vagy vérárambeli – fertőzést okozó baktériumot vizsgáltak meg: *Acinetobacter* spp., *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Neisseria gonorrhoeae*, nem-tifoid *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Staphylococcus aureus* és *Streptococcus pneumoniae*.

Az *E. coli* baktériumok több mint 40 százalékanál és a *K. pneumoniae* baktériumok 55 százalékanál a szokásos antibiotikumok már nem hatnak. Afrikai országokban ez az arány esetenként a 70 százalékot is meghaladja. Ezek a baktériumok szepszist és sokszervi elégtelenséget okozhatnak.

A rezisztenciák a jövőben következetes kontroll és prevenció nélkül évente akár 10 millió halálesetet okozhatnak.

[Lásd még: *A bakteriális antimikrobiális rezisztencia globális terhe 2019-ben – "Global Research on Antimicrobial Resistance" (GRAM), 2022. 4. sz.; A bakteriális antimikrobiális rezisztencia helyzete az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójában 2019-ben, 2022. 14. sz. / IV. negyedév 2. sz.; A bakteriális antimikrobiális rezisztencia globális terhe 1990 és 2021 között, előrejelzés 2050-ig, 2024. IV. negyedév 1. sz.; Az ECDC jelentése az antibiotikum-fogyasztásról és az antibiotikum-rezisztencia helyzetéről Európában, 2025. I. negyedév 1. sz.]*

***Az öngyilkosság miatti halálozás rátájának globális trendjei
a világ 102 országában 1990 és 2021 között és prognózisa 2050-ig***

Nature Mental Health volume 3, pages 991–1001 (2025);

Published: 18 August 2025

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, lelki egészség, halálozás, öngyilkosság, nemzetközi

Forrás Internet-helye: <https://www.nature.com/articles/s44220-025-00474-8#Bib1> ; Lapzárta előtt: **Contrasting Risk Profiles for Suicide Attempt and Suicide Using Danish Registers and Genetic Data, JAMA Psychiatry (2025; DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2025.3444](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.3444)) :**
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2840554>

Egy nemzetközi kutatócsoport a *‘WHO Mortality Database’* adatai alapján elemezte az öngyilkosság miatti halálozás rátájának alakulását a világ 102 országában.

A globális halálozási ráta 1990 és 2021 között csaknem 30%-kal csökkent. A magasabb jövedelemmel rendelkező országokban nagyobb mértékben, mint a közepes vagy alacsony jövedelemmel rendelkezőkben.

Az öngyilkosság miatti halálozás rátája 1990-ben 100.000 főre 10,33 haláleset, 2021-ben 100.000 főre 7,24 haláleset volt. A kutatók előrejelzése szerint ez a ráta lassan csökkenni fog, 2050-ben 100.000 főre 6,49 lesz.

A felmérésben résztvevő 102 ország közül 54 magasabb jövedelemmel, 48 alacsonyabb vagy közepes jövedelemmel rendelkező ország volt. Az öngyilkosságok rátája a magasabb jövedelemmel rendelkező országokban 1990-ben 12,68, 2021-ben 8,61 volt. Az alacsonyabb és közepes jövedelemmel rendelkező országokban a halálozási ráta 7,88-ról (1990) 5,73-ra (2021) csökkent.

A globális halálozási ráta férfiak körében magasabb, mint nőknél. Ez 1990 és 2021 között férfiaknál 100.000 lakosra 16,41-ről 11,51-re, nőknél 4,65-ről 3,22-re csökkent.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint a halálozási ráta csökkenési trendje nem mindenütt egyforma. Az Egyesült Államokban például 2000 és 2020 között 29,5%-kal növekedett, Ausztráliában viszont hosszú ideig csökkent, majd ismét növekedésnek indult. Összességében ugyanez a trend figyelhető meg az afrikai országokban.

Világviszonylatban évente több mint 700.000 ember követ el öngyilkosságot.

[Lásd még: Cikkgyűjtemény az öngyilkosságról, 2024. IV. negyedév 1. sz.]

***Kábítószerfogyasztással összefüggő zavarok a világ 204 országában
1990 és 2021 között – Global Burden of Disease (GBD) Study 2021***

Frontiers in Psychiatry Volume 16 - 2025

(2025; DOI: [10.3389/fpsy.2025.1647269](https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1647269)) ; 01 October 2025

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, szenvedélybetegségek, kábítószer, kábítószerfogyasztással összefüggő zavarok, lelki egészség, Global Burden of Disease Study (GBD), nemzetközi

Forrás Internet-helye:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2025.1647269/full>

Ning Zhang (Jinshan Hospital, Fudan University Shanghai) és mt. a *Global Burden of Disease Study 2021* adatai alapján elemezték a kábítószerfogyasztással összefüggő zavarokat (*drug use disorders – DUDs*). Az 1990 és 2021 közötti időszakra kiterjedő vizsgálat az opioidokra, cannabisra, kokainra, amfetaminokra és más szerekre fókuszált.

A kábítószerfogyasztással összefüggő halálesetek száma 1990 és 2021 között világviszonylatban több mint megduplázódott, jóllehet a kábítószerrel összefüggő zavarok életkorral standardizált incidenciája és prevalenciája enyhén csökkent.

A kábítószerrel összefüggő zavarok (DUDs) új eseteinek száma 1990 és 2021 között 36%-kal, 10,04 millióról 13,61 millióra növekedett. Ugyanebben az időszakban a prevalencia világviszonylatban 34%-kal, 39,62 millióról 53,12 millióra növekedett.

Az 1990-2021 közötti népességnövekedés (+50%) figyelembevételével az életkorral standardizált prevalencia 6%-kal, 100.000 lakosra 709,2-ről 663,8 esetre csökkent.

A prevalencia csökkenése ellenére a globális halálozási ráta 31%-kal – 100.000 lakosra 1,26-ről 1,65 halálesetre növekedett. A kábítószerfogyasztással összefüggő halálesetek száma megduplázódott, évente 61.774-ről 137.278-re növekedett. Az elvesztett egészséges életévek (*Disability-Adjusted Life Years – DALYs*) száma 75%-kal, 8,9 millióról 15,6 millióra növekedett.

Az incidencia, a prevalencia és a halálozás rátája összességében a magas szocioökonómiai index-szel (SDI) rendelkező országokban magasabb. A kábítószerfogyasztással összefüggő halálesetek száma Észak-Amerikában – elsősorban az Egyesült Államokban – 1990 és 2021 között 11,2-szeresére, évente 74.451-re növekedett.

A kábítószerfogyasztással összefüggő zavarok prevalenciája 2021-ben világviszonylatban az Egyesült Államokban volt a legmagasabb (100.000 lakosra 3.821 eset). A prevalencia Nyugat-Európában ugyanebben az időszakban 7%-kal (100.000 lakosra 1.201 esetre) növekedett.

***Státuszjelentés az idegrendszeri betegségek globális helyzetéről –
Global status report on neurology***

World Health Organization, 12 October 2025 | Global report (285 p.)

Kulcsszavak: globális egészségügy, népegészségügy, idegrendszeri betegségek, Egészségügyi Világszervezet, nemzetközi

Forrás Internet-helye:

[https://www.who.int/publications/i/item/9789240116139#:~:text=The%20Global%20status%20report%20on,2022%E2%80%932023%20\(GAP\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240116139#:~:text=The%20Global%20status%20report%20on,2022%E2%80%932023%20(GAP))

Az **Egészségügyi Világszervezet** jelentése (*Global status report on neurology*) szerint az idegrendszeri betegségek világviszonylatban a lakosság 40%-át érintik, ami hárommilliárd esetnek felel meg. A halálesetek száma 11 millió.

2021-ben a legtöbb halálesetet és egészségkárosodást okozó tíz idegrendszeri betegség: az agyi érkatasztrófa, az újszülöttkori hypoxiás-ischaemiás encephalopathia, a migrén, az Alzheimer-kór és más demenciák, a diabéteszes neuropátia, az agyhártyagyulladás, az idiopátiás epilepszia, koraszülöttséggel összefüggő idegrendszeri komplikációk, az autizmus spektrum-zavarok, valamint az idegrendszer daganatos megbetegedései.

Az ideggyógyászat területén a szakképzett munkaerő súlyos hiánya áll fenn. Az alacsony jövedelemmel rendelkező országokban a 100.000 lakosra jutó ideggyógyászok száma nyolcvanszor alacsonyabb mint a magasabb jövedelemmel rendelkezőkben.

A jelentés összeállításához a WHO tagállamainak csupán fele járult hozzá. Mindössze 63 ország, a tagállamok 32%-a rendelkezik az idegrendszeri betegségek elleni nemzeti stratégiával. Az idegrendszeri betegségek a tagállamok egynegyedében szerepelnek az univerzális szolgáltatási csomagban.

Az olyan szolgálatok, mint a stroke unit-ok, a gyermekneurológiai szakrendelés, a rehabilitáció és a palliatív ellátás gyakran hiányoznak vagy városi környezetben állnak rendelkezésre. Csak 46 országban működnek gondozó szolgálatok és mindössze 44 ország biztosít jogi védelmet az ápolást végző személyek részére.

A WHO tagállamai 2022-ben elfogadták az epilepszia és más idegrendszeri betegségek elleni interszektorális akciótervet: ***Intersectoral global action plan on epilepsy and other neurological disorders 2022-2031, WHO 2023 (84 p.):***
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076624>

***A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve –
VKD Praxisberichte 2025***

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD),
Redaktionsschluss 30. Juli 2025 (120 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, Németországi Kórházigazgatók Szövetsége, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD), Németország

Forrás Internet-helye: <https://www.vkd-online.de/die-themen/praxisberichte/>

A Német Kórházigazgatók Szövetsége az EGVE kiemelt partnere.

Kiemelt témák: A VKD álláspontja a kórházi szektor átalakításáról, a kórházügyi reform kiigazításáról szóló törvény (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG), új struktúrák kiépítése, válságra való felkészülés, MI és innováció, víziók és projektek.

A kórházügyi reformnak – Nina Warken szövetségi egészségügyi minisztérium szándéka szerint – alkalmasnak kell lennie a mindennapi gyakorlatban való alkalmazásra. Hogy ez miként érhető el és milyen lépések esedékesek ennek érdekében, továbbra is kritikusan szemlélendő és jelenleg számos vitára ad alkalmat.

Dirk Köcher, a VKD elnöke terjedelmes interjúban fejtette ki a kórházigazgatók szövetségének álláspontját a tervekkel és fejleményekkel kapcsolatban. Az interjú címe önmagért beszél: „A törvény által kezdeményezett átalakulás már elkezdődött – ám ez hosszú és bonyolult folyamat lesz”. Ehhez csatlakozva, ***Wolfgang Mueller, a VKD első alelnöke*** rávilágít a reform már folyamatban levő elemeire és megfogalmazza személyes elvárásait.

Az „Átalakuló struktúrák” c. fejezet bepillantást nyújt a reform azon vetületeibe, amelyek a szövetségi tartományokban már testet ölteni látszanak. Paderbornban, a Christliches Klinikumnál létesítmények összevonására kerül sor. Leipziger Land járásban létrejött egy kórházak közötti gazdasági/logisztikai közösség, amely most már a Sana-Kliniken részét képezi. A Dél-kelet Szászországban meghonosodó új elv: „A kooperáció az új verseny”. Az új struktúrák jegyében megvalósuló további projekt egy járási kórház integrált egészségügyi kampusszá való átalakítása Brandenburgban.

Az előttünk álló évek izgalmas témája a mesterséges intelligencia. Most kezdünk ráébredni, hogy milyen lehetőségek keletkeznek a diagnosztika és a terápia számára, továbbá, hogy mindez milyen felelősséggel jár. Az évkönyv visszatérő témái: a kórházakat érintő projektek és innováció, egyebek között az oktatás és kutatás, 3D nyomtatás a gyógyszerészetben, a kórházi dolgozók lakhatási gondjainak kezelése.

[Lásd még: *A Németországi Kórházigazgatók Szövetségének évkönyve – VKD Praxisberichte*, 2018. 21-26. sz.; 2019. 1-3. sz. és *Archívum*; 2019. 21. sz., 2020. 2-4., 6-10. sz. és *Archívum*; 2020. 22-23. sz.; 2021. 2.sz., 4-5-6. sz. és *Archívum*., 2021. 21-22. sz.; 2022. 2-3-4. sz. és *Archívum*; 2024. IV. negyedév 2. sz.]

Dr. Karl Blum et al.: Pszichiátriai barométer 2024/2025. A német pszichiátriai intézetek gazdasági helyzete – Psychiatrie Barometer 2024/2025

Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Juni 2025 (54 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, pszichiátriai intézetek, gazdasági helyzet, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.dki.de/fileadmin/user_upload/DKI_Psych-Barometer25_final_250717.pdf ;

Az összes Psychiatrie Barometer 2011. óta:

<https://www.dki.de/forschung/barometer/psychiatrie-barometer>

Gazdasági helyzet

A pszichiátriai osztályok 28%-a, a pszichiátriai intézetek 35%-a jónak vagy nagyon jónak ítéli meg gazdasági helyzetét. Ezzel szemben a pszichiátriai intézetek többsége inkább mérsékeltén rossznak vagy nagyon rossznak látja gazdasági helyzetét. A résztvevő kórházak pszichiátriai osztályainak 72%-a, a pszichiátriai intézetek 66%-a szkeptikusan ítéli meg helyzetét. Az előző évhez viszonyítva a pszichiátriai osztályok valamivel jobbnak, a pszichiátriai intézetek rosszabbnak ítélik meg gazdasági helyzetüket.

A gazdasági helyzet alakulása iránti várakozások

A 2025-ös várakozások tekintetében mind a pszichiátriai osztályok (34%), mind a pszichiátriai intézetek (41%) gazdasági helyzetük rosszabbodásával számolnak. A megkérdezettek többsége nem számít változásra. A pszichiátriai osztályok mindössze 15%-a, a pszichiátriai intézetek 5%-a számít helyzetze jobbulására.

Tekintettel a jelenlegi gazdasági helyzetre, a pszichiátriai osztályok 30%-a, a pszichiátriai intézetek 16%-a számol azzal, hogy az elkövetkező hat hónapon belül csökkentenie kell személyzetét. Mind a pszichiátriai osztályok, mind a pszichiátriai intézetek 21%-a a szolgáltatások volumenének és kínálatának csökkentésére számít. A pszichiátriai osztályok 22%-ánál a szolgáltatások volumenének, 15%-ánál a szolgáltatási kínálat csökkentését vetítik előre.

A likviditási helyzet megítélése

A kórházak szerint a költségnövekedés erőteljes (52%) vagy nagyon erőteljes (20%) hatást gyakorol likviditásaikra. A pszichiátriák 29%-a szerint ez nem jár semmilyen hatással (2%), vagy kevésbé erőteljes hatást fog gyakorolni (27%).

[Lásd még: *Pszichiátriai barométer – Psychiatrie Barometer*, 2012. 9. sz.; 2015. 5. sz.; 2017. 6. sz.; 2018. 18- 19. sz.; 2020. 21. sz.; 2021. 3. sz.; 2021. 15. sz.; 2023. II. 1. sz.; 2023. IV. 2. sz.; 2024. IV. negyedév 2. sz.]

A svájci kórházi szektor átalakulása 2013 és 2023 között

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

OBSAN BULLETIN 02/2025 (8 p.)

Kulcsszavak: kórházügy, Svájc

Forrás Internet-helye:

https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-09/obsan_bulletin_2025_02_d.pdf

A kórházi telephelyek számának csökkenése: 2013 és 2023 között a kórházi telephelyek száma 239-ről 228-ra csökkent, jóllehet a hospitalizációk száma ugyanebben az időszakban 1,2 millióról 1,4 millió esetre növekedett (+9%).

A kórházak számának kórháztervezési-szolgáltatási területek szerinti csökkenése: A kórházak száma csaknem minden kórháztervezési-szolgáltatási területen csökken. Kivételt képeznek: a súlyos sérülések, nefrológia, idegsebészet. A csökkenés az onkológia (-32%; -15 telephely), (radio)onkológia (-30%, -28 telephely) és a dermatológia (-24%; -21 telephely) területén viszonylag magas.

A nagyobb kórházak piaci térnyerése: 2013-ban egyes specializált szolgáltatási területeken, mint a transzplantáció, az idegsebészet, a szemészet és a mellkassebészet a kórházi kezelések több mint 60%-a a tíz legnagyobb kórházra jutott. Ezzel szemben a szolgáltatási alapsomag, a mozgásszervi sebészet, a gasztroenterológia, az urológia és a szülészet/nőgyógyászat területén a koncentrációs ráta 2013-ban nem érte el a 30%-ot, ami azt jelenti, hogy ezeken a területeken a kórházi kezelések több kórház között oszlanak meg.

A szolgáltatási területeken végbemenő koncentráció: A *Herfindahl-Hirschman-Index (HHI)* figyelembevételével a koncentráció a 2013 és 2023 közötti vizsgálati időszakban 24 szolgáltatási terület közül 19 területen növekedett (79%), ami a szolgáltatások koncentrációjára utal. Ez elsősorban a szemészet (+214), a (radio)onkológia (+122) és a fül-orr-gégészet (+81) területein kihangsúlyozott. Öt szolgáltatási területen – mellkassebészet, érrendszer, nefrológia, urológia és súlyos sérülések – tendenciálisan a szolgáltatások dekoncentrációja tapasztalható. A HHI 2013 és 2023 között összességében 122-ről 137-re emelkedett.

A szolgáltatók szakosodása: A szerzők az *Information Theory Index (ITI)* segítségével határozták meg a kórházak szakosodásának mértékét. 2023-ban az egyetemi klinikák 0,1-es, a szakkórházak 0,96-os ITI-vel rendelkeztek. Az ITI medián értéke 2013 és 2023 között 0,35-ről 0,43-ra növekedett, ami a kórházak specializáltságának általános növekedésére utal.

SpiGes – új egységes kórházi adatgyűjtési rendszer Svájcban

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung 22. 08. 2025, 8.30 (2 p.)

00 Statistische Grundlagen und Übersichten

Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes)

Kulcsszavak: egészségügyi statisztika, digitalizáció, adatszolgáltatás, adatgyűjtés, adatfeldolgozás, Spitalstationäre Gesundheitsversorgung (SpiGes), Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.bfs.admin.ch/news/de/2025-0737> ;
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.36073580.html> ;

Az **új svájci kórházi adatgyűjtési rendszer (Spitalstationäre Gesundheitsversorgung – SpiGes)** bevezetésére a „hatékonyabb nemzeti adatgazdálkodási program” (*Programm zur effizienteren Datenbewirtschaftung – NaDB*) keretében került sor, amely most beépül az egészségügy digitális átalakításának támogatását célzó *DigiSanté* nemzeti programba. A *SpiGes* 2025 augusztus elején elkezdődött alkalmazása fontos mérföldkő a svájci egészségügy modernizációja és digitalizációja területén.

A rendszer célja a kórházak adatszolgáltatással járó adminisztratív terheinek csökkentése. A kórházak eddig különböző adatgyűjtéseik (statisztika, irányítás, minőség-ellenőrzés, kantonális kórházügyi tervezés, bértárgyalások, bérfejlesztés) eredményeit különböző címzettek számára továbbították. A kórházaknak a jövőben egyetlen alkalommal (*«once-only-elv»*) kell továbbítaniuk az adatokat egy kollaboratív platformra. Az új rendszer ettől az évtől kezdve az eddigi kórházi statisztikai rendszer (*medizinische Statistik der Krankenhäuser – MS*) helyébe lép. Augusztus közepéig a 386 kórházi telephely közül 382 feltöltötte adatait a platformra, ami 99%-os arálynak felel meg.

A Szövetségi Statisztikai Hivatal augusztusban rendelkezésre bocsátotta a platformon az első adatokat. A transzparencia támogatása érdekében 2025 áprilisában közzétette a kórházak listáját és az [I14Y.admin.ch](https://www.i14y.admin.ch) interoperabilitási platformon rendelkezésre bocsátotta a SpiGes definícióit és változóit.

A SpiGes platform további optimalizálása és továbbfejlesztése: A felhasználók a 2025 évi adatokkal kezdődően direkt a platformról tölthetik le a bérmegállapítással és gazdaságossági vizsgálattal összefüggő *ITAR_K®*-adatállományt. A Szövetségi Statisztikai Hivatal tervei szerint a későbbiekben a kórházi ambuláns kezelések adatait (*Patientendaten spitalambulant – PSA*), valamint a kórházi statisztikák strukturális adatait (*Strukturdaten der Krankenhausstatistik – KS*) is áttelepítik a SpiGes platformra.

Stefan Neubert, BFS Sektion Gesundheitsversorgung,

Tel.: +41 58 465 88 90;

E-Mail: stefan.neubert@bfs.admin.ch

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13, E-Mail: media@bfs.admin.ch

Heinz Brock: Válsághelyzet az orvosi és ápolószemélyzet körében Európában

Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 66. Jg. (2025) 2.

14. April 2025, 09:24

Kulcsszavak: ápolás, emberi erőforrás, munkaerőhiány, orvosi személyzet, ápolószemélyzet, Európai Unió, Európa

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/66-jg-2025-2/wenn-helfer-fehlen-die-krise-von-aerztinnen-und-aerzten-sowie-pflegekraefte-in-europa/>; **Healthcare Personnel Commission (2023), Time for action: personnel in a sustainable health and care service, Departementenes sikkerhets-og serviceorganisasjon Oslo:** www.regjeringen.no; **Health at a Glance: Europe 2024:** www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024

A munkaerőpiaci trend első pillantásra megnyugtató lenne. Az egészségügyi rendszer személyügyi ellátottsága Svédország kivételével az EU összes tagállamában történelmi csúcsponton van. Az Európai Unióban 1.000 lakosra 2002-ben 3,1, 2012-ben 3,6, 2022-ben 4,2 orvos jutott. Ez az arány Ausztriában a legmagasabb (1.000 lakosra 5,4 orvos). Az ápolók létszáma az európai országokban az elmúlt évtizedben 1.000 lakosra átlagosan 7,3-ról 8,4-re növekedett. Norvégiában, Finnországban, Írországon és Németországban 1.000 lakosra több mint 12, Ausztriában 11,0 okleveles ápoló jut. **Az Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) felmérése szerint azonban 2022-ben az Európai Unióban 1,2 millió orvos, ápoló és baba hiányzott a rendszerből.**

Az EU 20 tagállamában orvosokból, 15-ben ápolókból van hiány. A **Global Burden of Disease Study 2019** becslései szerint egy-egy régió ellátási szükségletének 90%-os személyügyi fedezetéhez 1.000 lakosra 3,54 orvosra és 11,45 ápolóra lenne szükség. Ezek az elméletileg levezetett értékek akár meg is haladhatják egy-egy ország tényleges személyügyi szükségleteit, amit több más tényező befolyásol. A 65 év fölöttiek aránya az Európai Unióban 2000 és 2023 között 16%-ról 21%-ra növekedett, amely 2050-ig a várható élettartam emelkedésével és a termékenység csökkenésével elérheti a 30%-ot.

A munkaerőpiacra belépő új orvosok száma Európában 100.000 lakosra 12 (Norvégia, Szlovénia, Észtország, Németország) és 24 (Írország, Románia, Lettország, Málta, Bulgária) között mozog. Bulgária, Románia és Írország vonzó képzési lehetőségeket biztosít, ami azzal jár, hogy a végzősök saját hazájukban fognak praktizálni. Az ápolóképzés területén Norvégia, Izland, Finnország, Horvátország és Hollandia átlagon felüli beiskolázást biztosít. Ennek keretében Romániában és Görögországban 100.000 lakosra több mint 100 új ápoló képzésére kerül sor. Ausztriában 2022-ben 100.000 lakosra 16,19 új orvos és 45,4 új ápoló szerzett diplomát.

A munkaerőhiány csökkentésének értékes lehetősége a nyugdíjas személyzet továbbfoglalkoztatása. Olaszországban az egészségügyi személyzet 27%-a 65 év fölötti. 2024-ben a közszolgáltatásban működő orvosok kötelező nyugdíjkorhatárát 70-ről 72 évre emelték. A 65 év fölött is foglalkoztatott orvosok aránya Belgiumban, Franciaországban, Szlovákiában és Németországban is magas.

A bérezés miatti elégedetlenség különösen az ápolók körében magas. A pandémiát követően Magyarországon, Lengyelországban, Szlovéniában, Észtországban és Franciaországban szignifikánsan emelték az ápolók béréit.

Ország	Ápolók	Orvosok
Írország	13,30	3,90
Hollandia	11,50	3,90
Belgium	11,60	3,60
Finnország	14,10	3,60
Szlovénia	10,40	3,40
Franciaország	8,80	3,20
Luxemburg	11,70	3,00
Horvátország	7,70	4,00
Szlovákia	5,70	3,70
Románia	8,20	3,70
Lengyelország	5,70	3,50
Magyarország	5,50	3,50
Észtország	6,60	3,50
Lettország	4,20	3,40
Ausztria	11,00	5,40
Norvégia	15,60	4,90
Németország	12,00	4,60
Dánia	10,40	4,50
Izland	14,90	4,40
Svédország	10,90	4,40
Görögország	3,90	6,60
Portugália	7,50	5,70
Ciprus	5,30	5,20
Málta	7,90	4,60
Bulgária	4,30	4,50
Litvánia	7,50	4,40
Csehország	9,00	4,30
Spanyolország	6,20	4,30
Olaszország	6,50	4,20

EU-ban átlagosan:
1.000 lakosra 4,2 praktizáló orvos
1.000 lakosra 8,4 praktizáló ápoló

Orvosok EU-átlag alatt; Ápolók EU-átlag fölött
Orvosok EU-átlag alatt; Ápolók EU-átlag alatt
Orvosok EU-átlag fölött; Ápolók EU-átlag fölött
Orvosok EU-átlag fölött, Ápolók EU-átlag alatt

Forrás: OECD Health Statistics 2024
(adatok 2022-ből, vagy legközelebbi rendelkezésre álló adat)

Külföldi munkaerőtoborzás: 2023-ban Norvégiában, Írországban és Svájcban az orvosok több mint 40%-a, Írországban az ápolók 50%-a külföldi volt. Ausztriában az ápolók 13,4%-a, az orvosok 7,5%-a külföldi. A migrációs áramlatok intenzitását a származási és célország közötti nyelvi határok mértéke is befolyásolja. Az Egyesült Királyság főleg Indiában, Pakisztánban és Nigériában, Svájc előszeretettel Németországban, Franciaországban és Olaszországban toboroz.

Heinz Brock: Az orvosi és ápolószemélyzet prognózisa az Európai Unióban 2071-ig
Das Magazin für Health Professionals (ÖKZ), 66. jg. (2025) 3.
6. Juni 2025, 09:26; 6. Juni 2025 9:26

Kulcsszavak: ápolás, emberi erőforrás, munkaerő, orvosi személyzet, ápolószemélyzet, prognózis, előrejelzés, Európai Unió

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/66-jg-2025-3/aerztliche-und-pflegerische-fachkraefte-in-der-eu-bis-2071-nur-gesundes-altern-hilft-gegen-den-personalmangel/> ; https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html ;

SANDEM (64 p.): <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC139503>

Az **Európai Bizottság** megbízásából egy nemzetközi kutatócsoport által készített „*Healthcare workforce demand and supply in the EU27. Projections for the period 2021-2071*“ (**SANDEM**) c. tanulmány az EU 27 tagállama statisztikai adatainak feldolgozásával hét scenáriót dolgozott ki, amelyek figyelembevételével előrevetítette az orvosi és ápolószemélyzet alakulásának 2071-ig terjedő folyamatait.

A **Bázis-szenárió** a személyi állomány 2021-es szintjéből kiindulva az egészségügyi személyzet képzés és migráció általi konstans növekedési rátájával, valamint annak nyugdíjazás, pályaelhagyás és emigráció okozta konstans csökkenési rátájával számol. A kalkulált személyi állomány e scenárió szerint egyedül a szakképzett személyzet életkori struktúrájának változásával függ össze. E folyamat eredményei: az orvosi és ápolószemélyzet létszámának csökkenése az elkövetkező 15 évben, majd azt követően a 2021-es sinthez viszonyítva 2071-ig az orvosok létszámának 16%-os és az ápolók létszámának 8%-os növekedése.

A **2021-es szinten stabilan tartott személyügyi helyzet scenáriója** szerint a képzési helyek számát dinamikusan a kiesési rátához kell igazítani. Az a tény, hogy ez a célkitűzés nehezen elérhető, egyebek között az „orvostöbblet” és az „orvoshiány” periodikus ingadozásaiban is megmutatkozik. Miközben az első két scenárió a kínálati, a következő öt különböző módon a keresleti változókra összpontosít.

A **populációközpontú scenárió** abból az elméleti feltételezésből kiindulva, hogy a szakképzett személyzet iránti igényt az ellátandó betegek mennyisége szabja meg, az életkori struktúra változásának figyelembevétele nélkül, az összlakosság létszámával való konstans viszonyban kalkulálja a személyzet alakulását. Eszerint 2071-ben az orvosok száma három százalékkal alacsonyabb lenne, az ápolók létszáma pedig nem változna.

Az **utilizációs scenárium** szerint a pályakezdők száma igazodik a szolgáltatásoknak a különböző életkori és nemi kohorszok által az összlakosság keretében eltérő igénybevételéhez, a súlyozási tényezők pedig a prognózis teljes időtartama alatt a 2021-es szinten konstansok maradnak. E stratégia szerint 2071-ben az egészségügyben foglalkoztatott orvosok létszáma 25%-kal, az ápolóké 28%-kal magasabb lenne.

A **betegségteher** *szcenáriója* az utilizációs szcenárióhoz hasonlóan az összlakosság számszerű alakulása alapján értékeli a jövőbeli ellátási szükségletet, de hátrasorolja a 2021-es év nemtől és életkortól függő betegségterhét. Így a prognózis időtartamának végére 30%-kal több orvossal és 33%-kal több ápolóval számolhatunk.

Az **egészséges öregedés** *szcenáriója* a betegségteher szcenárióján túllépve bekalkulálja a lakosság egészségi állapotának optimista szukcesszív jobbulását (pl. preventív intézkedésekkel és az egészségi kockázatok csökkentésével). Az egészségügy ezzel a szcenárióval 18%-kal kevesebb orvossal és 16%-kal kevesebb ápolóval is kijönne.

A **kockázat** *szcenáriója* az előbbiekhöz viszonyítva további ökonómiai szempontokat is mérlegel, mint az egészségügyi kiadások GDP-ből való részesedésének aránya, valamint a jövedelemrugalmasság csökkenése az egészségügyi szolgáltatások iránti igénnyel összefüggésben. Ez 24%-kal több orvosi és 21%-kal több ápolószemélyzetet keletkeztet.

2023-ban az európai népesség 20%-a 65 év fölötti volt, az **Eurostat** prognózisai szerint pedig 2050-ig eléri a 30%-ot. Az előregedő lakosság az egészségügyi szolgáltatások iránti magasabb szükségleteket gerjeszt és egyben gyengíti a munkaerő kínálati oldalát. Az egészségügyi személyzet szükségleteknek megfelelő biztosítását célzó hosszútávú nemzeti tervezésnek figyelembe kell vennie mind az emberi erőforrások (képzés, toborzás) előteremtését, mind azok sorvadását (migráció, nyugdíjazás, pályaváltás), akárcsak a szükségleteket meghatározó tényezőket (előregedés, betegségteher).

Az egészségügyi személyzettel való megfelelő jövőbeli ellátottság kiszámítható esélyét egyedül az egészséges öregedés szcenáriója ígéri. Ennek optimizmusa nem holmi naiv vágyálom. Az **Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)** által készített „**Global Burden of Disease Study**“ (**GBD 2021**) értékelése szerint az elmúlt évtizedben a globális betegségteher, elsősorban koszorúér-betegségeknél, akut agyi érkatasztrófánál és légúti megbetegedéseknél csökkent. A **Lancet** egyik tanulmánya szerint 2050-ig az egészségkárosodással korrigált életevek (*Disability-Adjusted Life Years – DALYs*) számának csökkenése mellett a várható élettartam növekedésének trendjével számolhatunk. E trend folytatódása érdekében azonban fokozottabb mértékben kontroll alatt kell tartani a viselkedési és metabolikus kockázati tényezőket, mint a dohányzás, az elhízottság és a magas vérnyomás. Jelenleg a 60 és 65 év közöttiek kétharmadáról mondható el, hogy az elmúlt két évtizedben egészségkárosodás nélküli életet élt, miközben egyharmaduk betegségben vagy fogyatékosságban szenved, miáltal az ellátási szükséglet az öregedő lakosság körében szükségképpen növekedik. A szükségleteknek megfelelő egészségügyi ellátás hosszútávú biztosításának legjobb módja tehát a viselkedési és kockázati tényezők csökkentése és a prevenció. A szalutogenezis ezen üzenete korántsem új, az aktuális kutatási eredmények birtokában azonban humanitárius posztulátumból gazdasági imperatívusszá válik.

A tartós ápolás szükséglettervezése Svájcban 2040-ig és prognózisa 2050-ig

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

OBSAN BERICHT 09/2025, Neuchâtel 2025 (97 p.)

Kulcsszavak: ápolás, tartós ápolás, szükséglettervezés, előrejelzés, prognózis, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2025-bedarf-alters-und-langzeitpflege-der-schweiz> ;
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-09/obsan_09_2025_bericht.pdf

4. 2. 1. Az időskorú népesség lélekszáma

2040-ig a 65 év fölötti népesség lélekszáma az összlakosság egyötödéről annak egynegyedére növekedhet. A Szövetségi Statisztikai Hivatal közepes szcenáriója szerint a 65 év fölötti népesség 2040-ig 1,7 milliőről 2,4 millióra (19,3%-ról 23,7%-ra; +36,7%) növekedik.

2050-ig és azután is az időskorú népesség lélekszámának erőteljes növekedése várható. 2023 és 2050 között összességében az összes korosztály létszáma növekedni fog, de a 65 és 69 év közöttieké viszonylag enyhe mértékben (+24,2%), miközben a két felső korosztályé (85–89: +114,1% és 90+: 165,4%) több mint megduplázódik.

5. 1. Ápolási otthonokban nyújtott tartós ápolás

2023-ban 85.568 hatvanöt év fölötti személy élt ápolási otthonokban és e korosztály részére 92.165 tartós ápolási ágy állt rendelkezésre. 2040-ig a tartós ápolásban részesülő személyek száma több mint felével (+50,9%) növekedik, ezek közül is legerőteljesebben a 80 év fölöttieké. Ez 2023-hoz viszonyítva 129.081 személynek, ill. a létezőkhöz képest további +36 916 tartós ápolási ágynak felel meg. A további prognózis szerint 2050-ig az esetszám 153.203 főre (+79,0%) növekedik, ami +61.038 (+66,2%) további tartós ápolási ágynak, vagy +1.035 további ápolási otthonnak felel meg.

5. 2. Otthoni ápolás

2023-ban az ápolási szolgálatok 235.095 hatvanöt év fölötti személy részére nyújtottak otthoni ápolási szolgáltatást, ami 18,1 millió ápolási órának felel meg. A status quo szcenáriója szerint az otthoni ápolás (Spitex) ügyfeleinek száma 2040-ben 331.570 főre növekedik, ami +41,0%-os növekedésnek felel meg. 2050-ben 375.725 ügyféllel (+59,8%) számolhatunk.

A norvég ápolási rendszer

Apotheken Umschau, 13. 10. 2025

Kulcsszavak: ápolás, Norvégia

Forrás Internet-helye: https://www.apotheken-umschau.de/pflege/pflege-in-norwegen-was-deutschland-vom-skandinavischen-modell-lernen-kann-1421537.html?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=2025-10-14+AU+Newsletter

Norvégia Európa egyik legjobb ápolási rendszerével rendelkezik. A Beveridge-modell bevezetésére az 1950-es évek óta több lépésben került sor. Finanszírozása adóforrásokból történik. Az OECD szerint 2023-ban Norvégia a GDP 3,5%-át fordította tartós ápolásra. Az ápolás a jóléti állam része. A forrásokat a kormány osztja el az önkormányzatok között, amelyek megszervezik az ápolást. A felelősség az államra, nem a családokra hárul. Ápolásra szorultság esetén minden polgár jogosult az ellátásra, korábbi járulékfizetésre és jövedelemre, vagyonra, életkorra, családi állapotra való tekintet nélkül.

A norvég politika sok pénzt fordít az otthoni ápolásra, amelyet a kommunális ápolási szolgálatok látnak el. Norvégiában kevés privát ápolási szolgálat működik. A tartós ápolás területén szoros együttműködés valósul meg az orvosok és az érintettek közeli hozzátartozói között, a kapcsolattartás digitálisan történik.

Az ápolásra szoruló személyek természetbeni szolgáltatásokban, egyebek között mosásra vagy bevásárlásra irányuló alapszolgáltatásokban részesülhetnek. Kiegészítő szolgáltatásokra, mint a közösségi központba való utazás, költséghozzájárulást fizethetnek. Ezenkívül az érintettek pénzbeli ellátást, vagy a lakás akadálymentesítését célzó költségekhez való támogatást igényelhetnek.

Ha valaki ápolási otthonba költözne, nem kell tartania az időskori elszegényedéstől. Az önrész legfeljebb az időskori jövedelem 85%-át teszi ki. Nem kell hozzányúlni az időskori megtakarításokhoz és a hozzátartozók anyagi segítségére sincs szükség. Norvégiában az 1980-as években vezették be a felsőfokú ápolóképzést. A „*Bachelor of Science in Nursing*” szakirányú képzés átlagosan három évig tart. A végzősök többek között műtős ápolói és demencia gondozói szakosodást is szerezhettek. Az ápolók kiváló előmeneteli lehetőségekkel rendelkeznek, ezért magas a pályán való megmaradás. 2021-ben Norvégiában 10.000 lakosra 180 ápoló jutott.

A felsőfokú végzettséggel rendelkező szakképzett ápolók számára számos orvosi teendőt delegálnak, egyebek között egyszerű diagnózisok felállítását és gyógyszerfelírást.

A tartós ápolás területén Norvégiában is érezhető a munkaerőhiány. Szakértői becslések szerint 2035-ig a rendszerből hiányzó ápolók száma elérheti a 30.000-et.

Gyógyszertámogatási rendszerek Európában (4. rész):

Svédország, Ausztria, Egyesült Királyság

GTAI Info sheet, Februar 2025

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszertámogatás, Svédország, Ausztria, Egyesült Királyság

Forrás Internet-helye:

<https://www.gtai.de/de/meta/veranstaltungen/aufzeichnungen/arzneimittel-in-europa-erstattungssysteme-in-ausgewaehlten-laendern-februar-2025--1865814>

Svédország

Svédország állami egészségügyi rendszert alkalmaz. Országos szinten az egészségügyi szektor irányítása tekintetében az ***Egészségügyi és Szociális Minisztérium (Socialdepartementet)*** illetékes.

A regionális egészségügy fölötti felügyeletet a ***nemzeti egészségügyi és szociális hatóság (Socialstyrelsen)*** látja el. Ezenkívül ez a kormányzat egészségügyi és szociális szolgáltatásainak tanácsadó és felügyeleti szerveként is működik.

A svéd gyógyszerpiacon az engedélyezési eljárás nem az Európai Gyógyszerügynökség, hanem a ***nemzeti gyógyszerhatóság (Läkemedelsverket; Swedish Medical Products Agency – SMPA)*** hatáskörében történik. Ez felügyeli a gyógyszersektort és összeállítja a kezelési irányelveket. Az SMPA az Egészségügyi és Szociális Minisztérium alárendeltségében működik, finanszírozását elsősorban a gyógyszercégek befizetései biztosítják.

A gyógyszerek és orvostechikai eszközök térítéséről és az ármegállapításról szóló döntés a ***fogászati és gyógyszerügyi szolgáltatások hatóságának (Tandvårdsoch läkemedelsförmånsverket – TLV; Dental and Pharmaceutical Benefits Agency)*** feladata. Ez hasonlóképpen az Egészségügyi és Szociális Minisztérium háttérintézményeként működik.

Az új gyógyszerek térítéséről és ármegállapításáról a TLV keretében működő speciális szakértői bizottság, a ***Nämnden för läkemedelsförmåner (Pharmaceutical Benefits Board)*** dönt. A hétagú bizottságot a kormány nevezi ki a régiók, az egyetemek, az egészséggazdasági szakértői központok és a betegszervezetek jelöltjei közül. A TLV főigazgatója a bizottság hatáskörébe nem tartozó döntéseket is hoz. Egyebek között dönt az gyógyszerárak emeléséről vagy azok csökkentésekről.

Ausztria

A gyógyszerengedélyezés, a farmakovigilancia, és a gyógyszeripar felügyelete vonatkozásában az **Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Hatóság (Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH – AGES)** illetékes.

A vényköteles gyógyszerek térítésének feltételeit a térítési kódex (*Erstattungskodex – EKO*) tartalmazza. Ez egy pozitívlista, amelyet a **Társadalombiztosítási Teherviselők Ernyőszervezete (Dachverband der Sozialversicherungsträger)** vezet. A gyógyszereknek a térítési kódexbe történő felvételéről szóló döntés egy háromlépcsős eljárás keretében, egy farmakológiai, egy orvosi-terápiás és egy egészséggazdasági értékelés formájában történik. Negatív döntés esetén a gyógyszercégek a szövetségi közigazgatási bíróságnál fellebbezhetnek. A térítési kódexbe felvett gyógyszerek elvben téríthetők, a felírás feltételei azonban különböznek. A térítési kódex három ún. „box”-ra tagolódik. A színek jelzőlámpaszerű hatást gyakorolnak és hozzájárulnak az orvosok gazdaságos gyógyszerfelírási gyakorlatához.

- A zöld box-ba automatikusan téríthető gyógyszerek tartoznak, amelyeket bármely szerződött orvos felírhat.
- A sárga box olyan gyógyszereket tartalmaz, amelyek a társadalombiztosítási teherviselők nézőpontjából jelentős terápiás többlethaszonnal járnak, gazdasági vagy orvosi okokból azonban nem vehetők fel a zöld box-ba. Térítésük csak bizonyos feltételek teljesülése (pl. sajátos betegség vagy betegségcsoport) esetén biztosítható. Ez a kategória két albox-ra (világossárga és sötétsárga) tagolódik, amelyek felírási szabályai eltérnek egymástól.
- A piros box egy határozott időre szóló kategória olyan gyógyszerek esetén, amelyek felvételét kérelmezték a térítési kódexbe. A társadalombiztosítás a kérelem benyújtását követő 180 napon belül köteles eldönteni, hogy felveszi-e az adott gyógyszert a kódexbe és milyen árat szab meg számára.

Az **árbizottság** a Szövetségi Szociális, Egészségügyi, Ápolási és Fogyasztóvédelmi Minisztérium (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK*) keretében működik, amely az elnöki teendőket is ellátja. További tagokat delegálnak: a Szövetségi Digitalizációs és Gazdasági Minisztérium, a Szövetségi Pénzügyminisztérium, a Szövetségi Fenntarthatósági és Turisztikai Minisztérium, az Osztrák Gazdasági Kamara, az Osztrák Mezőgazdasági Kamara és a Szövetségi Munkáskamara. Az EU-ban alkalmazott átlagár kiszámítása során a bizottság a gyógyszercégek által bemutatott árakra támaszkodik, de az árinformációk ellenőrzése céljából felkéréssel fordulhat a nemzeti egészségügyi kutatási és tervezési intézethez (*Gesundheit Österreich – GÖG*).

A referenciaár meghatározása során figyelembe veszik az EU másik 26 tagállamának gyógyszerárait. Legalább két EU tagállam árának figyelembevétele kötelező. A gyógyszercégekkel kialkudott ár nem haladhatja meg az EU-átlagot. A zöld box-ban levő gyógyszerek árának alacsonyabbnak kell lenniük az EU-átlagárainál. A sárga box-ban listázott gyógyszerek nem haladhatják meg az EU átlagárait. Az ármegállapításra a gyógyszer cég kérelmének benyújtását követő hat hónapon belül kerül sor. Az árak újabb értékelése 18 hónappal az első és 24 hónappal a második ármegállapítás után kötelező. Egy további újraértékelésre 18 hónappal a harmadik ármegállapítás után nyílik lehetőség.

Egyesült Királyság

Az egészségügyi és szociális ellátórendszer felügyelete, az egészségügyi forrástervezés és az az egészségügyi rendszer koordinációja tekintetében a brit ***Egészségügyi és Szociális Minisztérium (Department of Health and Social Care – DHSC)*** illetékes. A gyógyszerügy területén ide tartoznak a gyógyszeriparral a *Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access (VPAS)* keretében folytatott tárgyalások.

Az Egyesült Királyság állami egészségügyi szolgálata a ***National Health Service (NHS)***, amely költségvetésileg is közvetlenül a minisztériumhoz tartozik.

Az egészségügyi technológiai értékelést a ***National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*** végzi. Egyebek között tanácsadást nyújt az NHS részére az egészségügyi technológiák (gyógyszerek, orvostechnika) és a klinikai kezelési módszerek célszerű alkalmazásával kapcsolatban.

A gyógyszerek és egészségügyi termékek engedélyezési hatósága a ***Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA)***, amely eldönti, hogy mely kész gyógyszerek és orvostechikai eszközök hozhatók forgalomba. Döntései az Egyesült Királyság minden országában érvényesek.

Az innovatív, magas árú gyógyszerek térítése rendszeresen haszonértékelésen alapul. A NICE által végzett egészségügyi technológiai értékelés költséghatékonysági elemzésre is kiterjed. Ennek célja, hogy a gyógyszerek ára megfeleljen azok hasznának.

A NICE a gazdaságossági értékelés során az életminőséggel korrigált életevek (*quality-adjusted life years, QALY*) mérőszámát alkalmazza.

A NICE a haszonértékelés különböző módzataihoz folyamodik. Ezek közül a gyógyszeripar szempontjából a legfontosabb egy független értékelési bizottság, amely betegekből, kutatókból, az NHS és az ipar képviselőiből áll, akik mellett laikusok is szerepet kapnak, akik nem betegek és nem szakértők.

Placebo-receptek 20 európai országban és Izraelben

JAMA Network Open, Vol. 8, No. 9;
Published Online: September 18, 2025

Kulcsszavak: gyógyszer, gyógyszerfelírás, vény, recept, placebo, Európa, Izrael

Forrás Internet-helye:

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2839063>

A felmérés a ***European General Practice Research Network (EGPRN)*** közreműködésével készült 2019. dec. 12. és 2021. aug. 12. között.

Résztvevő országok: Belgium (csak Flandria), Bosznia-Hercegovina, Bulgária, Horvátország, Cseh Köztársaság, Észtország, Franciaország, Németország, Görögország, Magyarország, Írország, Olaszország, Hollandia, Lengyelország, Portugália, Románia, Svédország, Svájc, Egyesült Királyság, Ukrajna, Izrael.

A felmérés szerint hetente medián 0,5-ször írnak fel placebot, ami az összes vizit 0,67%-ának felel meg.

- A megkérdezésben résztvevő 952 háziorvos átlagéletkora 48 év, 61%-a nő volt.
- Az értékelésben 818 résztvevő szerepelt, akik adatokat szolgáltatottak a placebo felírásáról. Ezek közül 689 háziorvos (84%) legalább egy alkalommal írt fel placebot.
- Ezek a hetente felírt receptek 0,5%-át, ill. a vizitek 0,67%-át tették ki.
- A placebo receptek rátája az Egyesült Királyságban 0,1%, Romániában 0,4%, Magyarországon 0,6%, Svédországban 0,7%, Izraelben 0,8%, Hollandiában 1%, Belgiumban (Flandria) 1,1%, Svájcban 1,3%, Észtországban 1,3%, Írországon 2,4%, Franciaországban 2,5%.
- A placebo felírásának rátája férfiaknál ($\beta = 1,94$; 95%-os konfidenciaintervallum 0,58-3,29; $P = 0,005$), nagy tapasztalattal rendelkező orvosoknál ($\beta = 0,12$; 95%-KI 0,06- 0,18; $P < 0,001$) és hetente kevesebb munkaórát teljesítő orvosoknál ($\beta = - 0,08$; 95%-KI – 0,13-0,03; $P = 0,001$) volt a legmagasabb.

Finanszírozás: Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) az egyik szerző számára.

Nemzetközi tapasztalatok a telemonitoring területén

Institut Montaigne, 20/12/2024

Kulcsszavak: eHealth, telemonitoring, Franciaország, Anglia, Németország, Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://www.institutmontaigne.org/expressions/telesurveillance-medicale-une-pratique-davenir-encadrer-developper-et-soutenir>

Franciaország: Franciaországban 2023 óta az egészségbiztosítás a nemzeti egészségügyi hatóság (*Haute Autorité de santé – HAS*) jóváhagyásával bizonyos betegségek esetén átvállalja a telemonitoring költségeit: diabétesz, krónikus szívelégtelenség, krónikus nehézlégzés, és bizonyos rákos megbetegedések. Az egészségügyi hatóság minden betegségnél sajátos feltételeket szab. A digitális orvostechikai eszközök alkalmazásának térítése a PECAN rendszer (*Prise en Charge Anticipée Numérique*) keretében történik.

Anglia: A telemonitoring bevezetésére 2005-ben a *Virtual Wards* keretében került sor, amely alkalmazások, hálózatba szervezett vizitek segítségével biztosítja a betegek otthoni tartós ápolását. Ezt jelenleg diabétesz, asztma, szív- és érrendszeri megbetegedések és akut légúti fertőzések esetén alkalmazzák. A rendszert a **National Health Service (NHS)** koordinálja, amely esetenként határozza meg a jogosultságot és a pénzügyi feltételeket. A **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** ajánlásokat bocsát ki az eljárás klinikai hatékonyságáról és gazdaságosságáról. Finanszírozása a nemzeti térítési rendszerek keretében, a több helyi szervezetet átfogó *ICS (Integrated Care Systems)* és/vagy az *NHS* által történik.

Németország: Németországban az egészségbiztosítás csak szívelégtelenségben szenvedő betegek részére vállalja át a telemonitoring költségeit. Alkalmazására a költségátvállalást követően három hónappal kerül sor, a jogosultságot évente újra elbírálják. További betegségek esetén az ún. digitális egészségügyi alkalmazások (*DIGA - digitale Gesundheitsanwendungen*) állnak rendelkezésre, amelyeket orvos írhat fel. Ezek biztonsági és adatvédelmi normáit, valamint klinikai hasznát a Szövetségi Egészségügyi és Orvostechikai Intézet (*Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – BfArM*) határozza meg. A térítés pénztáranként különböző, elsősorban a privát biztosítással rendelkezők számára.

Egyesült Államok: Az Egyesült Államokban az **American Medical Association (AMA)** teszi közzé az orvosi és sebészeti eljárások, valamint diagnosztikai szolgáltatások nomenklatúráját és a megfelelő kódkészleteket (*CPT-Codes*). Ezek a kódok alkalmazandók a *Medicaid* és *Medicare* telemonitoring-szolgáltatások térítésénél. Mivel a *Medicare* szövetségi program, a térítés módzatai mindenütt azonosak. A *Medicaid* viszont szövetségi állami hatáskörbe tartozik, ezért a térítési szabályok az államok között eltérnek. A 2024 júliusában bevezetett szabályok szerint 37 különböző *Medicaid*-program keretében biztosítják a telemonitoring térítését.

Cikkek a rákos megbetegedések helyzetéről

Kulcsszavak: népegészségügy, rákos megbetegedések, onkológia, International Agency for Research on Cancer Lyon (IARC), nemzetközi

A mellrák okozta halálozás prognózisa Európában 2025-ben
Annals of Oncology, Volume 36, Issue 4. p 460-468 April 2025

Forrás Internet-helye:

[https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(25\)00022-5/fulltext](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(25)00022-5/fulltext) ;
<https://www.eurekalert.org/news-releases/1076051>

Ha **Prof. Carlo La Vecchia (Department of Clinical Sciences and Community Health, University of Milan)** és *mt.* előrejelzése helyes, 2025-ben a mellrák miatti halálozások száma Európában eléri a 90.100-at. Ez 5.000 halálesettel több mint 2020-ban volt. Az életkorral standardizált halálozási ráta azonban 7,25%-kal (100.000 lakosra 14,35-ről 13,31-re) csökkent. A csökkenés az összes korcsoportnál kimutatható volt, a 80 fölöttiek körében azonban 9,82%-kal (100.000 lakosra 185,89-ről 204,14-re) növekedett.

Prof. Carlo La Vecchia: carlo.lavecchia@unimi.it ; Tel: +39-02-5032-0863

Testtömeg index és a rákos megbetegedések kockázata Svédországban
The Lancet Regional Health Europe, Volume 45101034 October 2024 ;
BMJ Open, 2024 Jul 16;14(7):e084836. doi: 10.1136/bmjopen-2024-084836

Forrás Internet-helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39013647/> ;
[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(24\)00201-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(24)00201-1/fulltext)

Az **International Agency for Research on Cancer Lyon (IARC)** 2016-ban megerősítette, hogy az elhízottság 13 rákos megbetegedés kockázati tényezője. Most egy svéd kutatócsoport az **Obesity and Disease Development Sweden (ODDS) pooled cohort study** adatai alapján azt vizsgálta, hogy további ráktípusok is összefüggésbe hozhatók-e az elhízottsággal. A testtömeg index magas kockázatát 18 rákos megbetegedésnél azonosították, amelyeket eddig nem asszociáltak vele (15-öt férfiaknál, 16-ot nőknél). A testtömeg index-szel összefüggésbe hozott ráktípusoknál érintett testrészek: a fej-nyaki régió, a gasztrointesztinális traktus, a nemi szervek, az endokrin szervek, a kötőszövet, a vérsejtek és a bőr. Az újonnan feltárt összefüggések a férfiak körében valamivel gyengébbek voltak. Egyes rákos megbetegedések altípusai erőteljesebben társulnak az elhízottsággal, mint mások (gasztrikus gasztrointesztinális stromadaganatok, kisebb intesztinális neuroendokrin tumorok, a méhnyak adenokarcinómája, diffúz nagy B-sejtes limfómák, noduláris limfocita-domináns Hodgkin limfómák).

***Méhnyakrák miatti halálozás a 25 év alatti nők körében
az Egyesült Államokban 1992 és 2021 között***
JAMA. 2024; 2025;333(2):165-166. doi:10.1001/jama.2024.22169

Forrás Internet-helye:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2827212>

Poria Doralí (Department of Public Health Sciences, Medical University of South Carolina, Charleston) és mt. a National Center for Health Statistics 1992 és 2021 közötti halálozási adatait értékelték. A HPV elleni oltást az Egyesült Államokban 2006 júniusa óta ajánlják. A méhnyakrák miatti halálozás már a HPV-oltás bevezetése előtt – 1992-1994-től 2013-2015-ig – évente 3,7%-kal, 2013-2015-től 2019-2021-ig évente 15,2%-kal csökkent. A halálesetek száma a teljes időszakban 62%-kal csökkent. A méhnyakrák okozta halálesetek száma 1992-1994 között 100.000 személyévre 55, 2013-2015 között 35, 2019-2021 között 13 volt.

***A finompor expozíció hatása a fej-nyaki tumorok incidenciájára
2000 és 2012 között az Egyesült Államokban***

Scientific Reports volume 14, Article number: 26998 (2024)

Forrás Internet-helye: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-73756-3> ;
<https://research.wayne.edu/news/new-study-links-air-pollution-with-higher-rates-of-head-and-neck-cancer-64911>

John Cramer (Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery at Wayne State University, Detroit, USA) és mt. a National Cancer Institute (NCI) programjaként működtetett *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)* adatai alapján értékelték a finompor expozíció rákkeltő hatásait. Következtetésük szerint a finompor, amelyet az IARC a rákkeltő anyagok 1-es kategóriájába sorolt, növeli a fej-nyaki tumorok gyakoriságát, az egyes tumortípusok között azonban eltérések vannak.

Könyvajánló

Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 20B

WHO International Agency for Research on Cancer Lyon (IARC), 2025 (293 p.)

Forrás **Internet-helye:** https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/10/pr371_E.pdf ; <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention>

Az **IARC** kézikönyvei: ***Alcohol Policies*** (Volume 20B) és ***Alcohol Consumption and Cancer Risk*** (Volume 20A) tudományos bizonyítékokkal szolgálnak az alkoholfogyasztás helyzetéről és következményeiről. A WHO a „**SAFER**“ **alcohol control strategy** keretében öt ajánlást fogalmaz meg. [<https://www.who.int/initiatives/SAFER>].

Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 20B. IARC, 2025. ISBN-13 978-92-832-4540-7

A lelki egészség finanszírozása és költségei 2022-ben Svájcban
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), Neuchâtel (472 p.)

Kulcsszavak: népegészségügy, lelki egészség, finanszírozás, költségek, Svájc

Forrás Internet-helye: <https://www.gesundheitsbericht2025.ch/>

A lelki egészség költségei 2022-ben 9,5 milliárd CHF-et tettek ki, ami az egészségügyi összköltségek 10%-ának felel meg. A pszichés megbetegedések ezzel a második legköltségesebb betegségcsoportot képezik.

A lelki betegségek egészségügyi összköltségekből való részesedése 2012 és 2022 között alig változott. 2022-ben a lelki egészségre fordított költségek 42%-a ambuláns ellátásra, 27%-a kórházi fekvőbeteg ellátásra, 20%-a bentlakásos tartós ápolásra, 11%-a gyógyszerekre jutott.

Költségmegoszlás betegségcsoportok szerint: Depresszióra és szorongásos zavarokra 3.326 millió CHF, skizofréniára és bipoláris zavarokra 1.346 millió CHF, alkoholfüggésre 513 millió CHF, figyelemhiányos hiperaktivitás-zavarra (ADHD) 256 millió CHF, egyéb szenvedélybetegségekre 329 millió CHF, további pszichés megbetegedésekre 3.750 millió CHF jutott. 2022-ben Alzheimer-kórra és demenciára összesen 6.727 millió CHF-et költöttek, ami az egészségügyi összköltségek 7,4%-a.

Egészségügyi rendszeren kívüli kiadások: A szociális szolgáltatók által és informális ápolás keretében depresszió és szorongásos zavarok kezelésére nyújtott szolgáltatások költségei 769 millió CHF-re, ill. 5 millió CHF-re becsülhetők. A pszichotikus zavarok költségei 252 millió CHF-et tettek ki, amiből egy másik tanulmány szerint a skizofréniára 225 millió CHF jutott. Ezek elsősorban a lakóotthonok és hozzátartozók által nyújtott informális ápolás költségei.

Egészségügyi rendszeren kívül szenvedélybetegségekre fordított kiadások elsősorban az érintettek gondozásából származnak. Egy szélesebb költségdefiníciót alkalmazó tanulmány szerint a szállításra, szociális szolgáltatókra, az alkohol- és kábítószerfüggők intézeti elhelyezésére fordított költségek 225 millió CHF-re, ill. 717 millió CHF-re becsülhetők. Az alkoholfüggők 242 millió CHF, a kábítószerfüggők 527 millió CHF költséget okoznak a bűnüldöző szervek részére. Egy tanulmány szerint a szerencsejáték-szenvedély bűnüldözéssel, válásokkal és transzferkifizetésekkel összefüggő igazgatási költségei 8 millió CHF-re becsülhetők. További egészségügyi rendszeren kívüli költségek: táplálkozási zavarokra 4 millió CHF, személyiségzavarokra (borderline személyiségzavar nélkül) 135 millió CHF jutott. Tizenhét év alattiak körében e költségek 936 millió CHF-et tettek ki, amiből autizmusra 726 millió CHF, személyiségzavarokra 162 millió CHF, ADHD-ra 48 millió CHF jutott.

A lelki betegségek miatti termelés kiesés 11,9 milliárd CHF-et tett ki, ami az összes termelés kiesés 17%-a.

Egészségfejlesztésre és prevencióra 300 millió CHF-et költöttek, ami az egészségfejlesztésre és prevencióra fordított összköltségek 22%-a.

**Claudio Peter, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Tel.: + 41 58 467 17 83,
E-Mail: claudio.peter@bfs.admin.ch**

Private equity a fogászat területén Nagy-Britanniában
zm-online, 20/2025

Kulcsszavak: privát egészségügy, private equity, fogászat, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <https://www.zm-online.de/ausgabe/2025/zm-2025-20> ;
<https://www.zm-online.de/artikel/2025/zm-2025-20/wo-10000-zahnaerzte-fuer-private-equity-gesellschaften-bohren>

Nagy-Britanniában nagyszabású befektetőcsere körvonalazódik a fogászati ellátások piacán. Ha a hatóságok is rábólintanak, a Bridgepoint Capital private equity társaság átszámítva 915 millió EUR-ért felvásárolhatja az IDH Group Limited többségi tulajdonában álló Palamon Capital Partner-t. Ez utóbbi üzemelteti a mydentist-et, az ország legnagyobb fogászati láncát, amelyhez több mint 500 praxis tartozik.

Miközben 2023-ban a tőzsdén jegyzett private equity társaságok aránya a brit fogászati piacon 3,3%-kal csökkent, a *Christie & Co.* bróker cég a stratégiai akvizíciók iránti érdeklődés felélénküléséről számol be. 2025 első félévében több vásárló aktivizálódott a piacon.

Az 1996-ban alapított ***Integrated Dental Holdings Ltd. (IDH)*** kezdetben három fogászati praxist működtetett, de 1999-ben már több mint száz praxissal rendelkezett. Többek között bekebelezte a *Whitecross Dental* és az *Orthoworld* praxisláncokat.

2006-ig több private equity társaság rendelkezett részesedéssel az IDH-ban, többek között az *LGV Capital*. 2008-ban a *Merrill Lynch* private equity ágazata (a *Bank of America* leányvállalata) megszerezte a fogászati láncot, majd három évvel később túlادott rajta. Az új tulajdonosok: a *The Carlyle Group*, a *Lloyds Development Capital* (a brit *Lloyds Bank* leányvállalata) és a *Palamon*.

A három private equity társaság még az akkor 200 praxissal rendelkező *Associated Dental Practices*-t is felvásárolta és létrehozta az Egyesült Királyság legnagyobb fogászati láncát, amely így több mint 500 praxissal rendelkezett. Az IDH 2015-ben bevezette a „*mydentist*” márkanévet. 2021-ben a *Palamon* átvette a maradék private equity társaságok részesedéseit. Négy évvel később pedig összehozták a deal-t a *Bridgepoint*-tal.

Így 2025 augusztusában az összes praxis csaknem 16%-a tartozott a tíz legnagyobb fogászati lánchoz. Ebben az időpontban az összes praxis 18%-a egy nagy lánchoz tartozott több mint 30 fiókkal, 17%-a egy kisebb lánchoz három és 30 közötti fiókkal, a fennmaradó kétharmad egy- vagy kétszemélyes praxis volt.

Nagy-Britanniában jelenleg 46.362 engedélyezett gyógyszerész működik. Azt, hogy közülük hányan dolgoznak private equity társaság tulajdonában levő láncoknál, nehéz lenne megmondani. Az ***Association of Dental Groups (ADG)*** különböző nyilatkozatai szerint csak a szövetség 28 tagvállalkozása több mint tízezer fogorvost foglalkoztat. Ez a fogorvosok egyötödének felel meg. A ***General Dental Council*** 2024 októberi megkérdezése szerint a fogorvosok 20%-a alkalmazottként dolgozik.

2025 júliusában került nyilvánosságra, hogy a legnagyobb kanadai nyugdíjalap, az *Ontario Teachers' Pension Plan Board (OTPP)* átszámítva egymilliárd EUR-ért felvásárolja a *Donte* spanyol fogászati láncot a *US-PEG Advent International*-tól. Ez jelenleg 426 klinikát működtet több mint 2.200 fogorvossal.

***A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről 2024-2025 –
BARMER Zahnreport 2024/2025***

BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg)
Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 46, 4. Juni 2024 (81 p.)
BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung (bifg), Juni 2025 (21 p.)

Kulcsszavak: fogászati ellátás, Németország

Forrás Internet-helye: https://www.bifg.de/publikationen/reporte/zahnreport-2024?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=Newsletter+08%2F2024+-+Zahnreport ;

<https://www.bifg.de/publikationen/zahnreport/2025-fuellungstherapie> ;

BARMER Zahnreport 2025 digitális sajtómappa (24 p.):

<https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Zahnreporte/2025/digitale-pressemappe-zahnreport-2025.pdf>

Jelentés az amalgám-tömések betiltásáról:

<https://www.bifg.de/publikationen/zahnreport/2024-dentalamalgam>

BARMER Zahnreport 2024: Állcsontsebészet

Adatbázis gyanánt a BARMER-biztosító 2013 és 2022 közötti elszámolási és rutinadatai szolgáltak. Miközben a 8 és 17 év közötti gyermekek közel háromnegyede vett részt első állcsontsebészeti vizsgálaton, az állcsontsebészeti kezelések tényleges igénybevétele szövetségi szinten mindössze 55% volt.

A szerződött fogorvosok száma 62.759 volt (0,15%-kal több mint 2021 végén). 2022-ben a biztosítottak által fizetendő önrészek és egyéb privát kezelési költségek nélkül, a szerződött fogorvosoknál nyújtott kezelések egy biztosítottra jutó kiadásai, beleértve a fogpótlást, 227,43 EUR-t tettek ki (2021: 223,95 EUR; +1,55%). A kötelező betegbiztosítás 2022-ben összesen 16,7 milliárd EUR-t költött a mintegy 73,6 millió biztosítottra. Ez a kötelező betegbiztosítás 274,2 milliárd összegű összkiadásai (2021: 262,8 milliárd EUR) 6,1%-ának felel meg (2021: 6,3%).

BARMER Zahnreport 2025: Fogtömések

A vizsgálat adatbázisát a BARMER-biztosító 2010 és 2023 közötti anonimizált elszámolási adatai képezték. 2023 végén a biztosító 9,1 millió biztosítottal rendelkezett (ami a német lakosság 10,7%-a; a kötelező betegbiztosítás tagjainak 12,3%-a).

A szuvasodás által érintett fogak száma a 35 és 44 év közöttiek körében 2023-ban 8,3%-ra csökkent (2016-ban: 11,2%). Ebben a korcsoportban a szuvasodás által érintett személyek aránya 2016-ban 97,5%, 2023-ban 93,1% volt.

[Lásd még: *A BARMER biztosító jelentése a fogászati ellátások helyzetéről – BARMER Zahnreport, 2023. I. negyedév 1. sz.; 2024. II. negyedév 2. sz.*]

A szájegészség helyzete Svájcban 2002 és 2022 között

Bundesamt für Statistik (BFS)

BFS Aktuell 07. 04. 2025, 8.30 (7 p.)

14 Gesundheit

Kulcsszavak: népegészségügy, szájegészség, fogászat, Svájc

Forrás Internet-helye:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home.assetdetail.34488072.html>

A svájci lakosság szájegészsége az elmúlt húsz év során jelentős mértékben javult. 2022-ben tíz közül hét személy jónak vagy nagyon jónak tartotta fogazatának és fogínyének állapotát, 44% pedig eredeti ép fogazattal rendelkezett (2002-ben: 33%).

2022-ben a lakosság 71%-a (a nők 74%-a, a férfiak 68%-a) jónak vagy nagyon jónak ítélte szájegészsége helyzetét. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők 75%-a, a felsőfokú középiskolai végzettséggel rendelkezők 68%-a, a kötelező iskolai végzettséggel nem rendelkezők 55%-a tartotta jónak vagy nagyon jónak szájegészségi státuszát.

Az elmúlt húsz évben a dentálhigiéniai konzultációk száma 21 százalékponttal növekedett (2002: 37%; 2022: 58%), a fogászati konzultációké 6 százalékponttal csökkent (2002: 62%; 2022: 56%). Összességében a lakosság csaknem háromnegyede vett igénybe fogászati és/vagy dentálhigiéniai szolgáltatásokat (74%).

Az igénybevétel szociodemográfiai ismérvek, főleg képzettségi szint szerint változó: A felsőfokú végzettséggel rendelkezők 66%-a, a kötelező iskolai végzettséggel nem rendelkezők 43%-a vesz igénybe dentálhigiéniai kezeléseket.

2022-ben a lakosság 35%-a életében már viselt fogszabályozót. Ez az arány az elmúlt húsz évben folyamatosan növekedett (2012: 28%; 2002: 23%). A 15 és 19 év közöttiek több mint fele visel, vagy egyszer már viselt fogszabályozót. (54%).

Az állcsont-ortopédia igénybevétele az elmúlt húsz évben felsőfokú végzettséggel rendelkezőknél 15%-kal, felső középiskolai végzettséggel rendelkezőknél 8%-kal növekedett, kötelező iskolai végzettséggel nem rendelkezőknél nem következett be szignifikáns növekedés.

Jószándékú és ellenséges szexizmus globális kontextusban.

A szexizmus hatása a nők lelki és testi egészségére

Nature Reviews Psychology, volume 2, pages 98–111 (2023)

Kulcsszavak: előítélet, zaklatás, szexizmus, nők egészsége, Egyesült Királyság

Forrás Internet-helye: <https://www.nature.com/articles/s44159-022-00136-x>

Manuela Barreto, ORCID ID profile: <https://orcid.org/0000-0002-6973-7233>

Manuela Barreto (Department of Psychology, University of Exeter) és mt. a jószándékú és az ellenséges szexizmus által a nők egészségére gyakorolt hatást vizsgálták.

A szexizmus egyfajta előítélet, amely jellemzően előnytelen színben jeleníti meg a nőket. Jóllehet ez egyértelműen negatív, sőt erőszakos formákat ölthet, a nőkkel szembeni szexizmus nem szükségképpen negatív. A nők pozitív jellemzése többnyire olyan tulajdonságokra korlátozódik, mint az empátia (a nők társasági lények és barátságosak), miközben a férfiaké a cselekvőképesség, a kompetencia, a társadalmi státusz és a hatalom tekintetében nyújt pozitívabb képet. Az ambivalens szexizmus elmélete szerint a szexizmus a nőkkel szembeni ellenszenvet (ellenséges szexizmus) szubjektív jóindulattal (jószándékú szexizmus) kombinálja, hogy igazolja a férfiak nőkkel szembeni dominanciáját.

A *National Health and Nutrition Estimation Survey (NHANES) III (1988-1994)* és a *NHANES IV (1999-2002)* adatainak összehasonlítása azt mutatja, hogy a posztmenopauza szakaszában több nő szenved magas vérnyomásban, mint velük egykorú férfi. A NHANES adatai alapján az a hipotézis született, hogy a nőket vagy kevésbé agresszíven kezelik szív- és érrendszeri betegségek ellen, vagy ezekhez a megbetegedésekhez nőknél más mechanizmusok is közrejátszanak, amelyek férfiaknál nem fordulnak elő.

A szexizmussal összefüggésben keletkező poszttraumás stressz, a pszichés stressz, a dohányzás és italozás gyakorisága a nők körében felveti a kutatók számára azt a lehetőséget, hogy foglalkozzanak tüzetesebben a nőket érintő egyéb kardiovaszkuláris kockázati tényezőkkel.

Kardiovaszkuláris figyelmeztető jelek mind jószándékú, mind ellenséges szexizmus esetén megnyilvánulhatnak, ám ellenséges szexizmus esetén a kardiovaszkuláris reaktivitás természetesen magasabb. A kardiovaszkuláris regenerálódás azonban jószándékú szexizmus mellett és károsulhat.

A szexizmus egyben a fizikai stressz fontos tényezője. Mind a jószándékú, mind az ellenséges szexizmussal kapcsolatos tapasztalatok hozzájárulnak a szorongás és a düh fokozódásához és persze az ellenséges szexizmus hatása ebben az esetben is erőteljesebb.

***Jelentés a szexuális zaklatásokról az európai orvosok körében –
European Doctors' Sexual Harassment Report 2025***
Medscape.com | March 25, 2025 |(17 slide)

Kulcsszavak: munkahelyi etika, szexizmus, zaklatás, szexuális zaklatás, Európa

Forrás Internet-helye:

<https://www.medscape.com/slideshow/2025-global-phys-sexual-harass-6018092>

A ***European Doctors' Sexual Harassment Report 2025*** kérdőívére 4.339 praktizáló orvos válaszolt hat európai országból. A válaszolók többsége a testalkatra, a viseletre irányuló megjegyzésekről, szexista célzásokról, nem kívánt érintésekről, ölelésekről, tapogatásról, az intimszféra szándékos megsértéséről, direkt vagy indirekt szexuális cselekvésekre vonatkozó ajánlatokról számolt be. A tettesek mindenütt többnyire férfi orvosok voltak, esetenként a sértett felettesei. Az esetek 5-10%-ánál előnyöket, fizetésemelést ígértek a szex ellenében, ill. visszautasítás esetén fenyegetőztek.

Az ***Egyesült Királyságból*** a megkérdezettek 9%-a jelzett szexuális visszaéléseket. Dacára annak, hogy a *General Medical Council* 2024 elején nulla toleranciát hirdetett.

Németországban a szexuális zaklatások tanúinak aránya 14% és a megkérdezettek 48%-a véli, hogy a munkahelyi szexuális zaklatást komolyabban kellene venni.

Olaszországban az orvosok 5%-a szenvedett zaklatásokat és 10%-a figyelt meg ilyen eseményeket. Egy 2021-ben készült tanulmány szerint az olasz sebésznők 59%-a ellen követtek el szexuális zaklatást, de a nők mindössze 10%-a jelentette azt.

Franciaországban, ahol a szándékos szexuális zaklatás bűncselekménynek számít, az orvosok 2%-a válaszolta, hogy őt magát szexuális zaklatással vádolták (Németországban, az Egyesült Királyságban 1%, Olaszországban, Portugáliában, Spanyolországban egy sem). A francia megkérdezettek 9%-a válaszolta, hogy betegeik általi szexuális zaklatásban volt részük. A francia orvosok 23%-a válaszolta, hogy szexuális zaklatást követően feladták a praxist.

Spanyolországban egy 2022-ben elfogadott törvény előírja az egészségügyi intézmények számára, hogy támogassák a szexuális zaklatást megakadályozó munkahelyi körülményeket. Ennek ellenére a spanyol orvosok 5%-a válaszolta, hogy szexuális zaklatás áldozata volt és 8%, hogy tapasztalt ilyen cselekményt.

Portugáliában az orvosok 3%-a számolt be arról, hogy személyes tapasztalatai vannak visszaéléssel vagy helytelen viselkedéssel kapcsolatban, ami a francia orvosok rátája felének és a britek egyharmadának felel meg. 9% válaszolta, hogy tanúja volt ilyen eseménynek. A portugál *National Office for Medical Support* létrehozására 2019-ben került sor. Ennek célja az orvosok szexuális zaklatás elleni védelme és oktatási tevékenységek bevezetése ennek érdekében. A portugál orvosok gyakran válaszolták, hogy munkahelyükön a szexuális zaklatást hallgatólagosan elfogadják. De csak 2%-uk válaszolta, hogy munkahelyükön irányelveket alkalmaznának a szexuális zaklatás ellen.

Szexizmus és szexuális erőszak a francia orvosok körében

Le Conseil national de l'Ordre des médecins, CNOM), Novembre 2024 (28 p.)

Kulcsszavak: etika, szexizmus, szexuális erőszak, hivatásrend, orvosok, Franciaország

Forrás Internet-helye:

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1fjm3kg/cnom_enquete_vss.pdf

Törvény az egészségügyi személyzet biztonságának megerősítéséről:

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051871545>

A Francia Orvosi Kamara (Le Conseil national de l'Ordre des médecins – CNOM) felmérésében minden második francia orvosnő válaszolta, hogy orvostudományi tanulmányai vagy pályája során szexizmus vagy szexuális erőszak áldozata volt. A megkérdezésben 21.040 orvos és orvosnő, közöttük 19.104 rezidens vett részt. A felmérésre 2024. szeptember 23. és október 14. között került sor.

- A praktizáló orvosok 65%-a válaszolta, hogy tudomása van arról, hogy az orvostársadalomban jelen van a szexuális erőszak.
- A megkérdezett orvosnők 49%-a válaszolta, hogy orvosok részéről szexizmus vagy szexuális erőszak áldozata volt.
- Az orvosok 29%-a válaszolta, hogy elsősorban orvostudományi tanulmányai idején erőszak áldozata volt. 139 orvosnő közül, akiket tanulmányai idején megerőszakoltak, 47% más hallgatókat vádol.
- Az áldozatok 69%-a tanárt vagy feletttest vádol azzal, hogy megerőszakolta. Szexuális zaklatás esetén ez az arány 63%. Az áldozatok főleg nők voltak.
- A cselekmények 49%-a szexista vagy szexuális sértés, 18%-a szexuális zaklatás, 9%-a szexuális támadás, 2%-a szexuális erőszak volt. Az erőszakos cselekmények többsége a tanulmányok idején történt.
- Az orvosok 26%-a válaszolta, hogy egy másik orvost szexuálisan zaklatott, vagy visszaélést követett el. Ezek 49%-a nő, 3%-a férfi volt.

A barométer szerint a bejelentés követően az orvosok 15%-át sújtotta diszkrimináció, 28%-a nem kapott meg egy állást vagy előmenetele akadályokba ütközött, 23%-a munkahelyváltásra kényszerült vagy áthelyezték, 21%-a pletykával, megfélemlítéssel, vagy stigmatizációval szembesült, 20%-át elbocsátották.

Az egészségügyi személyzet (általános) biztonságának megerősítéséről szóló törvény elfogadására 2025. július 9-én, hivatalos közlönyben való közzétételére július 10-én került sor.

A PSA-tesztek megismétlésének gyakorisága és trendjei Nagy-Britanniában

BMJ 2025;391:e083800 (Published 08 October 2025)

Kulcsszavak: népegészségügy, prevenció, megelőzés, szűrés, prosztatata, prosztatatarák, PSA-tesztek, Nagy-Britannia

Forrás Internet-helye: <https://www.bmj.com/content/391/bmj-2024-083800>

Kiana K Collins (Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford) és mt. által végzett kohorszvizsgálat keretében 10,2 millió férfi 2000 és 2018 közötti adataira terjedt ki, akiket 1.400 nagy-britanniai háziorvosi praxisban regisztráltak. Az eredményeket összevetették a *National Cancer Registry*, a *Hospital Episode Statistics*, valamint az *Office for National Statistics* adataival.

A brit háziorvosok sokkal gyakrabban kérik a prosztatatarák korai felismerésére irányuló PSA-tesztek elvégzését, mint ahogy azt a guideline-ok előírják, gyakran olyan férfiak esetén is, akik a vizsgálatból aligha profitálnak valamit. A kutatók figyelmeztetnek a túldiagnosztizálás és a prosztatatarák elleni felesleges kezelések számának megnövekedésére.

Összesen 1,52 millió férfi esetén végeztek legalább egy PSA-tesztet, ami 3,84 millió tesztet eredményezett. Ezek csaknem felét (48,4%) több alkalommal tesztelték és az eredmény 73%-uknál nem érte el az időskorral arányos határértékeket. A tesztek száma a vizsgálat időtartama alatt ötszörösére növekedett.

A két teszt közötti időtartam 12,6 hónap volt, ami jóval rövidebb annál, mint amit a guideline-ok többségében előírnak. Különösen sűrűn tesztelik a 70 év fölöttieket, márpedig a szakértők szerint a szűrés ennél a korosztálynál már kevés haszonnal jár. Másrészt a szűrések gyakorisága a 40 év alattiaknál is túl magas, jóllehet ennél a korosztálynál a szűrést nem is ajánlják.

A jóléti régiókban több férfit tesztelnek, mint a szociálisan hátrányos helyzetűekben. Az utólagos tesztek közötti időtartam azoknál a betegeknél, akiknek családjában már létezett prosztatatarák-előzmény, valamint a nem fehér etnikai származású csoportokhoz tartozóknál, tendenciálisan rövidebb volt. Feltűnt, hogy sok tesztet végeztek dokumentált tünetek nélküli férfiaknál.

K K Collins: kiana.collins@phc.ox.ac.uk

***Kéretlen betegpanaszok és orvosok részére nyújtott
informális iparági kifizetések az Egyesült Államokban –
Unsolicited Patient Complaints and Industry Payments for US Physicians***
JAMA Network Open, Vol. 8. No 8. Published Online: August 5, 2025

Kulcsszavak: orvostika, betegjogok, megbízhatóság, betegpanaszok, korrupció, informális kifizetések, iparági kifizetések, Patient Advocacy Reporting System (PARS), Open Payments Program (OPP), Egyesült Államok

Forrás Internet-helye:

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2837255>

Yong Hyun Park, MD, PhD, és Misop Han, MD, MS (James Buchanan Brady Urological Institute of the Johns Hopkins University School of Medicine Baltimore) és mt. keresztmetszeti vizsgálata 2015. július 1. és 2020. június 30. között készült 71.944 amerikai orvos részvételével. Következtetésük szerint a *Patient Advocacy Reporting System (PARS)* keretében magas indexponttal rendelkező orvosok esetén annak valószínűsége, hogy 5.000 USD-t meghaladó informális iparági kifizetésekben részesüljenek, meghaladja a 69%-ot. A PARS indexpont a kéretlen betegpanaszok számát és súlyosságát tükrözi.

Az orvosoknak nyújtott általános (nem kutatási célú) iparági kifizetéseket az *Open Payments Program (OPP)* adatbankjában azonosították.

- A magasabb PARS-indexponttal rendelkező orvosoknál szignifikánsan magasabb az esély, hogy évente magasabb általános kifizetéseket fogadjanak el; esélyhányados [OR] 1,69 (95 %-os konfidenciaintervallum [KI], 1,56-1,82; $p < 0,001$).
- Férfi orvosok esetén szignifikánsan magasabb a valószínűsége, hogy évente magasabb általános kifizetéseket fogadjanak el; esélyhányados 1,90 (95 %-KI, 1,84-1,97). Nem egyetemi klinikákon dolgozó orvosoknál a valószínűség ugyancsak magas; esélyhányados 1,15 (95 %-KI, 1,10-1,19).
- Azoknak az orvosoknak az aránya, akikkel szemben legalább egy kéretlen betegpanasz érkezett, az általuk elfogadott általános kifizetések számával szignifikánsan növekedett: 8.284 orvos (36,4%) 0 USD-t, 18.314 orvos (44,6%) 1-4.999 USD-t, 4.381 orvos (54,3%) évente több mint 5.000 USD-t kapott ($p < 0,001$).
- A megfigyelés időtartama alatt a vizsgálatban résztvevő orvosok közül 49.169 (68,3%) legalább egy általános kifizetésben részesült, 8.067 (11,2%) több mint 5.000 USD-t kapott, miközben 30.979 (43,1%) orvossal szemben tettek kéretlen betegpanaszt.

Hajóorvosok a történelemben

Univadis, 13. 03. 2025

Kulcsszavak: orvostörténet, hajóorvosok, nemzetközi

Forrás Internet-helye: https://www.univadis.de/viewarticle/6e3c5eaf-8387-4721-849a-77db07541824?uuid=6e3c5eaf-8387-4721-849a-77db07541824&uac=347207CJ&u=g7Nnk16ewguWS5hWLN23V%2F9E96keG%2B95Js9Lm6D2gtU14Soq8URsQKrZlArLAUYJ&ecd=wnl_all_250314_uniday_MUDDE_5457346&utm_source=automated&utm_medium=email&utm_campaign=auto_de_daily_medupdates&utm_content=5457346&utm_term=&sso=true

Miközben az ókori hajóutak rövidebb távra korlátozódtak, a 15-16. századi vitorlások már többhetes vagy -éves felfedezőutakra voltak alkalmasak. A hajók még többnyire kisebbek voltak, kislétszámú legénységgel. Ezért akkoriban egyes problémák, mint a fedélközben való fulladás még nem fordultak elő. A 18. századi, többfedélzetű hajóknál azonban már gondot jelentett a szellőztetés, amit az alacsonyabb rangú matrózok alaposan megszenvedtek.

A hosszabb hajóutaknál megnövekedtek az ellátmány iránti követelmények. A legnagyobb kihívást az élelmiszer- és ivóvízellátás jelentette. A készlet azonban csak korlátozott időre volt elegendő, mivel csak kevés élelmiszer volt tartósítható. Az ivóvizet kezdetben fahordókban tárolták, csak 1815 után tértek át a fémtartályokra. De egy idő után a víz a fémtartályokban is ihatatlanná vált, ami magasabb alkoholfogyasztást eredményezett, ugyanis ez volt az egyetlen élvezhető folyadék.

Az akkori körülmények között gyakoriak voltak a balesetek, gyakran fordult elő, hogy valaki leesett az árbócról. **John Woodall** (1570 – 1643) hajóorvos azonban csak akkor tartotta tanácsosnak a műtétet, ha az a sérült szabad akaratából történt.

Az egyoldalú élelmiszerfogyasztással összefüggő skorbut következményeit elsők között **William Ferguson** foglalta össze: gyengeség, fogyás, légszomj, fogínygyulladás, ízületi fájdalmak.

A legendás **James Cook kapitány** (1728 – 1779) rendkívül előrehaladott nézeteket vallott. Következésképpen felügyelte a higiéniát és a tisztaságot a hajón, odafigyelt a férgek, kórokozók és a skorbut leküzdésére. Ezért minden kikötőben sok zöldséget és gyümölcsöt rakodott és figyelemmel követte a legénység mindennapi savanyúkáposzta fogyasztását.

Cook egyetlen matróza sem halt meg skorbutban, miközben negyven évvel korábban **Georg Anson kapitány** (1697 – 1762) a legénység háromnegyedét veszítette el emiatt. A citromlé fogyasztásával történő megelőzés bevezetésére csak 1815-ben, **Sir Gilbert Blane** (1759 – 1834) kezdeményezésére került sor.

E kihívásokkal összefüggésben a matrózok várható élettartama is sokáig igen kedvezőtlen volt. A többéves hajóutak általában 50%-os halálozási rátával jártak.

John Woodall „Surgeon’s Mate“ (1617) c. könyve egyfajta gyakorlati útmutató, amelyben egyebek között azt ajánlja az orvostanhallgatóknak, hogy rendszeresen és pontosan kövessék figyelemmel a betegségek jeleit a legénység körében. Már akkor ajánlotta a citrusfélék skorbut elleni fogyasztását, javaslata azonban csak a 18. században lett meghallgatásra.

A kézikönyv szerint a fiatal hajóorvosoknak feladatkörük ellátásához alaposan fel kell készülniük sebészetből és belgyógyászatból. Woodall elsőként javasolta a „sebészeti szekrényben” tárolandó gyógyszerek és orvosi eszközök hivatalos inventáriumának bevezetését.

John Moyle hajóorvos/sebész könyvében eseti példák alapján katalogizálta a hajóúton a tengerészek egészségét fenyegető általános kockázatokat. Egyebek között beszámolt arról, hogy a nehéz tárgyak emelgetése a „gerinc megroppanásához vezethet”, valamint hogy „a hideg fedélzeten való alvás” a végtagok bénulását eredményezheti. Gyakorlati tippjei voltak a tengeri harcra való felkészüléshez: a hajóorvos készítsen elő magának két kádnyi vizet. Egyet az orvosi eszközök műtét közbeni öblítéséhez, egyet pedig az amputált végtagok számára.

James Lind (1716- 1794) könyvében megfogalmazott ajánlások: ivóvíz tengervízből való kinyerése desztilláció útján, a hajó megfelelő szellőztetése, a tengerészek személyes higiénéjéről való gondoskodás.

Lengyel Árpád, a Kárpátia hajóorvosa:

[https://hu.wikipedia.org/wiki/Lengyel_%C3%81rp%C3%A1d_\(orvos\)](https://hu.wikipedia.org/wiki/Lengyel_%C3%81rp%C3%A1d_(orvos))

Könyvajánló: Völgyi Péterné dr. Reich Mária - Dr. Balogh Tamás: A Titanic árnyékában. Egy magyar orvos élete. Bp., 2012., Delta Vision

„Béke az időseknek”. A világ legrégebbi ápolási otthona

Times of Israel, 18 August 2025, 2:06 pm

Biblical Archaeology, September 08, 2025

Kulcsszavak: infotainment, régészet, ápolás, ápolási otthon, Izrael

Forrás Internet-helye: <https://www.timesofisrael.com/archaeologists-say-theyve-uncovered-earliest-home-for-elderly-in-northern-israel/> ;
<https://www.biblicalarchaeology.org/daily/ancient-cultures/ancient-israel/elder-care-in-antiquity/>

Hipposz (héber nevén Szuszita) a római birodalom keleti határvidékén, a mai Jordánia, Szíria és Izrael területén lévő tíz város csoportjához, a Dekapoliszhoz tartozott. A Haifai Egyetem régészei Artúr Szegal professzor és Mihael Eizenberg irányításával 2000-ben kezdték meg a feltárásokat. Feltárták a római fórum épületegyüttesét, a római bazilikát, de napvilágra kerültek egy hellenisztikus szentély falai, egy kisebb színház, valamint két bizánci templom maradványai.



A régészek most feltehetően rábukkantak a világ legrégebbi ápolási otthonára. A szervezett idősápolásra utaló jel egy medalion alakú bizánci mozaik „**Béke az időseknek**” felirattal, amelyet nílusi ludak, ciprusok, gyümölcsfák és ivóedények vesznek körül. A medalionban a kereszt mellett a görög alfa és omega betűk olvashatók, amelyek Isten és Jézus örökkévalóságát és teljességét jelölik.

A medalion a bizánci keresztény város két főutcájának kereszteződésében került felszínre. A kutatók szerint ez a létesítmény bejáratánál állhatott. Tanulmányukban úgy érvelnek, hogy ez lehet az intézményesített idősápolás első fizikai bizonyítéka. A leletet a negyedik század végére vagy az ötödik század elejére datálták.

Jacqueline Kitulu, az Orvosok Világszövetségének új elnöke

Forrás Internet-helye:

<https://www.womenlifthealth.org/profile/jacqueline-kitulu/> ;

<https://www.wma.net/who-we-are/leaders/dr-jacqueline-kitulu-cv-020924/>



Jacqueline Kitulu, kenyai orvos, nemzetközi egészségügyi szakpolitikus.

Képzettsége: Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery: MBChB – University of Nairobi (1992-1998); Master in Business Administration: Healthcare Management – Strathmore University (2014-2016).

2008-2014: elnöki megbízott a kenyai kormány magasszintű tanácsadó testületében (*National Economic and Social Council*).

2008-2012: a *Kenya Medical Women's Association* elnöke.

2010-2022: a *Kenya Red Cross Society* alelnöke.

2012-2020: a *Kenya Medical Association* főtitkára (2012-2014), alelnöke (2014-2015), elnöke 2016-2020).

2018-2021: a *National Hospital Insurance Fund* pénzügyi bizottságának elnöke.

2023-2026: a *HHIBV – Hospital Holdings BV Ltd* (*AAR Hospital, AAR Healthcare* igazgató tanácsának tagja.

Az *Emergency Plus Medical Services (E-Plus Kenya)*, a *Safaricom Health Advisory Board*, a *PATH Kenya Board*, a *TechCare For All Global Advisory Board*, a *Kenya Healthcare Federation (KHF)*, a *Kenya Consumer Protection Advisory Committee*, valamint a *Byon8* igazgatótanácsának tagja.

Az Orvosok Világszövetségének (World Medical Association) elnöke a 2025/2026. ciklusban.

Forrás Internet-helye:

https://www.gtai.de/resource/blob/1871346/ea408a093103ff28d08ecc71ad360f5/IGES_Webinar_Exportinitiative_Gesundheitswirtschaft.pdf ;
https://www.gtai.de/resource/blob/1867786/32f23d277803a03f601172b85e23b738/250129_Infosheet_Spanien_WEB.pdf ;
<https://www.gtai.de/de/meta/veranstaltungen/aufzeichnungen/arzneimittel-in-europa-erstattungssysteme-in-ausgewaehlten-laendern-februar-2025--1865814>

Anglia

A gyógyszerengedélyezésért a **Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA)** illetékes. Döntései az Egyesült Királyság teljes területén érvényesek. A térítések kérdése Angliában a **NICE (National Institute for Health and Care Excellence)** hatáskörébe tartozik. Skócia, Wales és Írország saját hatóságokkal rendelkezik. Ám ezek is gyakran a NICE döntéseit követik. Az angol rendszer specifikuma, hogy az árat már a haszonértékelés keretében kiszámítják. Az országok többségében az ármegállapítás a haszonértékelést követően a gyártókkal való áralku keretében történik. Ezzel szemben a brit NHS nem léphet át egy bizonyos költségvetési határt. Ezért új gyógyszerek engedélyezésénél egy ún. »**Budget Impact Test**« összeállítására kerül sor, amely a térítés hatásait vizsgálja. Emiatt aztán a NICE kizár egy sor gyógyszert és terápiát, amelyeket más európai országokban térítenek.

Franciaország

Az új gyógyszerek haszonértékelési eljárását az **Haute Autorité de Santé (HAS)** végzi. Ezt követően döntenek el, hogy az egészségbiztosítás valamely gyógyszer 15, 30 vagy 65%-át téríti-e. A többit a betegnek saját zsebből, vagy kiegészítő biztosításból kell fizetnie. Egyes, főleg ritka betegségek kezelésére szolgáló gyógyszereket, speciálisan a kórházak adnak ki, amelyeket a biztosító 100%-ban megtérít. Az ártárgyalásokon a klinikai haszon a döntő tényező. Minél nagyobb, annál magasabb árat kérhetnek a gyártók.

Olaszország

Az állami, adókból finanszírozott egészségügyi rendszer központi szerve a **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. A térítési eljárás tekintetében az **Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)** engedélyezési hatóság illetékes. A gyógyszerek terápiás értékét és árát két eljárás keretében határozzák meg. Az országos rendszer mellett a húsz olasz régió saját regionális gyógyszerjegyzékkel rendelkezik. Alapvetően minden beteg jogosult az országos regiszterben szereplő gyógyszerekre. Mivel azonban az alkotmány szerint a finanszírozásért a régiók illetékesek, gyakran állnak elő tisztázatlan helyzetek és konfliktusok.

Spanyolország

A nem az EU-szerte érvényes központi engedélyezési eljárás keretében értékelt gyógyszerek engedélyezéséért Spanyolországban a ***Spanyol Gyógyszerügyi és Orvostechikai Ügynökség (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, AEMPS)*** illetékes. Ezenkívül az ügynökség fontos szerepet játszik a gyógyszerek ármegállapításában.

A gyógyszerek térítéséről szóló döntéshozatal az Egészségügyi Minisztériumra (***Ministerio de Sanidad***) hárul. A haszonértékelési eljárás gazdasági jellegű teendőit a minisztérium osztályai végzik. Az ármegállapításra és a térítésre vonatkozó döntéseket a „nemzeti egészségügyi rendszer egységes szolgáltatási spektrum és gyógyszerügyi főigazgatósága” (***DG de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia***) készíti elő (***SNS = Sistema Nacional de Salud***).

Az ármegállapításról és térítésről szóló végső döntések egy tárcaközi bizottságra hárulnak (***Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, CIPM***), amely szervezetileg az egészségügy minisztériumhoz tartozik, de részt vesznek benne a regionális kormányok és a társmisztériumok (pénzügyi, ipari, gazdasági stb.) képviselői is.

A ***Sistema Nacional de Salud (SNS)*** terhére téríthető gyógyszerek gyári árát törvény szabályozza. Az árról szóló döntés ugyanolyan igazgatási eljárás keretében történik, mint az érintett gyógyszerek közfinanszírozása esetén. Az új (szabadalmi védelem alatt álló) gyógyszerek ármegállapításának legfontosabb módja a gyógyszercégek és az egészségügyi minisztérium közötti áralku. A spanyol egészségügyi minisztérium álláspontja az egészségügyi technológiai értékelési eljárás eredményein alapul. Ennek két eleme: az AEMPS által kezelt klinikai rész és az egészségügyi minisztérium által menedzselte gazdasági rész.

A gyógyszercégek és az egészségügyi minisztérium közötti ártárgyalásra a teljes egészségügyi technológiai értékelési jelentés alapján kerül sor. Ennek során kiegészítő információként más országok árait is figyelembe veszik. A referenciaárak alkalmazása elsősorban új gyógyszerek esetén válik esedékessé, amelyeknek nincs terápiás alternatívájuk. Spanyolország 14 európai ország gyógyszerárait veszi figyelembe (Belgium, Németország, Dánia, Franciaország, Írország, Olaszország, Hollandia, Norvégia, Ausztria, Portugália, Svédország, Szlovákia, Szlovénia és az Egyesült Királyság). A spanyol ár nem lehet magasabb, mint a referenciaországokban az érintett gyógyszer tekintetében alkalmazott legalacsonyabb ár.

Dánia

A gyógyszersektor szempontjából meghatározó hatóságok az egészségügyi minisztérium hatáskörébe tartoznak.

A ***gyógyszerhatóság (Lægemiddelstyrelsen)*** hatásköre: gyógyszerengedélyezés, farmakovigilancia, gyógyszeripar felügyelete, klinikai vizsgálatok engedélyezése, gyógyszerek költségtérítése, gyógyszerterek felügyelete.

Az ***egészségügyi hatóság (Sundhedsstyrelsen)*** hatásköre: tanácsadás a lakosság részére a népegészségügy kérdéseiről, tudományos tanácsadás az egészségügyi minisztérium és a régiók részére a különböző területek egészségügyi vonatkozásairól.

Az *Amgros pályázati, közbeszerzési és nagykereskedelmi cég* a dán régiók kórházi közbeszerzései területén illetékes. A gyógyszerárakról szóló tárgyalásokra az Amgros, a gyógyszerbizottság és a kórházi gyógyszertárak részvételével kerül sor. A pályázatokkal kapcsolatban a dán régiók megbízásából az Amgros köt szerződést a nyertes szolgáltatókkal. Gazdasági értékeléseket végez a gyógyszertertanács számára.

A *gyógyszertanács (Medicinrådet)* feladata irányelvek és ajánlások kidolgozása a Dániában alkalmazott új gyógyszerekre és standard terápiákra vonatkozóan. A kezelési irányelvek alkalmazására főleg a kórházakban kerül sor. Információkat nyújt, amelyek alapján az Amgros gyógyszerár-tárgyalásokat folytat a beszállítókkal.

Az *egészségügyi technológiai tanács (Behandlingsrådet)* a régiók hatósága. Célja a legjobb ár-teljesítmény arányt biztosító technológiák és intézkedések felé irányítani az egészségügy erőforrásait. Értékeléseket végez és ajánlásokat tesz az orvostechikai eszközök és egészségügyi technológiák kórházi alkalmazására. A gyógyszerek nem tartoznak az értékelések fókuszába, de érintettek lehetnek. Évente 15-25 értékelési eljárásra kerül sor.

Gyógyszertérítési bizottság (Medicintilskudsnævnet): A dán piacon gyógyszereket forgalmazó gyógyszercégek a gyógyszerhatóságnál kérelmezhetik a térített gyógyszerek körébe való felvételt. Az erről szóló döntés a gyógyszerterítési bizottságra tartozik, amely mind az általános térítés, mind a betegek által viselendő költségviselés tekintetében minden esetben konzultál a gyógyszerhatósággal a biztosítót érintő költségátvállalásról.

A biztosítottak költségrészesedése: A biztosítottak vásárláskor maguk fizetik ki a számukra felírt gyógyszereket. Az, hogy sor kerül-e a biztosító általi költségátvállalásra, a térítési határokhoz igazodik. Minél magasabb költségek hárulnak a biztosítottra egy év során, annál magasabb a támogatás aránya. Az egyéves térítési időtartam akkor kezdődik, amikor a beteg az előző időtartam lejártával első alkalommal vásárol téríthető gyógyszert. A biztosító akkor vállal át 100%-os költségtérítést, ha meghaladták az évente 4.575 DKK (613 EUR) költséghatárt. Ez mind felnőttekre, mint 18 éven aluliakra vonatkozik.

Svédország

Svédország állami egészségügyi rendszert alkalmaz. Országos szinten az egészségügyi szektor irányítása tekintetében az ***Egészségügyi és Szociális Minisztérium (Socialdepartementet)*** illetékes.

A regionális egészségügy fölötti felügyeletet a ***nemzeti egészségügyi és szociális hatóság (Socialstyrelsen)*** látja el. Ezenkívül ez a kormányzat egészségügyi és szociális szolgálatainak tanácsadó és felügyeleti szerveként is működik.

A svéd gyógyszerpiacon az engedélyezési eljárás nem az Európai Gyógyszerügynökség, hanem a ***nemzeti gyógyszerhatóság (Läkemedelsverket, Swedish Medical Products Agency – SMPA)*** hatáskörében történik. Ez felügyeli a gyógyszersektort és összeállítja a kezelési irányelveket. Az SMPA az Egészségügyi és Szociális Minisztérium alárendeltségében működik, finanszírozását elsősorban a gyógyszercégek befizetései biztosítják.

A gyógyszerek és orvostechikai eszközök térítéséről és az ármegállapításról szóló döntés a ***fogászati és gyógyszerügyi szolgáltatások hatóságának (Tandvårdsöch***

läkemedelsförmånsverket – TLV; Dental and Pharmaceutical Benefits Agency) feladata. Ez hasonlóképpen az Egészségügyi és Szociális Minisztérium háttérintézményeként működik.

Az új gyógyszerek térítéséről és ármegállapításáról a TLV keretében működő speciális szakértői bizottság, a ***Nämnden för läkemedelsförmåner (Pharmaceutical Benefits Board)*** dönt. A héttagú bizottságot a kormány nevezi ki a régiók, az egyetemek, az egészséggazdasági szakértői központok és a betegszervezetek jelöltjei közül. A TLV főigazgatója a bizottság hatáskörébe nem tartozó döntéseket is hoz. Egyebek között dönt az gyógyszerárak emeléséről vagy azok csökkentésekről.

Ausztria

A gyógyszerengedélyezés, a farmakovigilancia, és a gyógyszeripar felügyelete vonatkozásában az ***Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Hatóság (Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH – AGES)*** illetékes.

A vényköteles gyógyszerek térítésének feltételeit a térítési kódex (*Erstattungskodex – EKO*) tartalmazza. Ez egy pozitívlista, amelyet a ***Társadalombiztosítási Teherviselők Ernyőszervezete (Dachverband der Sozialversicherungsträger)*** vezet. A gyógyszereknek a térítési kódexbe történő felvételéről szóló döntés egy háromlépcsős eljárás keretében, egy farmakológiai, egy orvosi-terápiás és egy egészséggazdasági értékelés formájában. Negatív döntés esetén a gyógyszercegek a szövetségi közigazgatási bíróságnál fellebbezhetnek. A térítési kódexbe felvett gyógyszerek elvben téríthetők, a felírás feltételei azonban különböznek. A térítési kódex három ún. „box”-ra tagolódik. A színek jelzőlámpaszerű hatást gyakorolnak és hozzájárulnak az orvosok gazdaságos gyógyszerfelírási gyakorlatához.

- A zöld box-ba automatikusan téríthető gyógyszerek tartoznak, amelyeket bármely szerződött orvos felírhat.
- A sárga box olyan gyógyszereket tartalmaz, amelyek a társadalombiztosítási teherviselők nézőpontjából jelentős terápiás többlethasználattal járnak, gazdasági vagy orvosi okokból azonban nem vehetők fel a zöld box-ba. Térítésük csak bizonyos feltételek teljesülése (pl. sajátos betegség vagy betegségcsoport) esetén biztosítható. Ez a kategória két albox-ra (világossárga és sötétsárga) tagolódik, amelyek felírási szabályai eltérnek egymástól.
- A piros box egy határozott időre szóló kategória olyan gyógyszerek esetén, amelyek felvételét kérelmezték a térítési kódexbe. A társadalombiztosítás a kérelem benyújtását követő 180 napon belül köteles eldönteni, hogy felveszi-e az adott gyógyszert a kódexbe és milyen árat szab meg számára.

Az ***árbizottság*** a Szövetségi Szociális, Egészségügyi, Ápolási és Fogyasztóvédelmi Minisztérium (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz – BMSGPK*). keretében működik, amely az elnöki teendőket is ellátja. További tagokat delegálnak: a Szövetségi Digitalizációs és Gazdasági Minisztérium, a Szövetségi Pénzügyminisztérium, a Szövetségi Fenntarthatósági és Turisztikai Minisztérium, az Osztrák Gazdasági Kamara, az Osztrák Mezőgazdasági Kamara és a Szövetségi Munkáskamara. Az EU-ban alkalmazott átlagár kiszámítása során a bizottság a gyógyszercegek által bemutatott árakra támaszkodik, de az

árinformációk ellenőrzése céljából felkéréssel fordulhat a nemzeti egészségügyi kutatási és tervezési intézethez (*Gesundheit Österreich – GÖG*).

A referenciaár meghatározása során figyelembe veszik az EU másik 26 tagállamának gyógyszerárát. Legalább két EU tagállam árának figyelembevétele kötelező. A gyógyszercégekkel kialkudott ár nem haladhatja meg az EU-átlagot. A zöld box-ban levő gyógyszerek árának alacsonyabbnak kell lenniük az EU-átlagárainál. A sárga box-ban listázott gyógyszerek nem haladhatják meg az EU átlagárát. Az ármegállapításra a gyógyszercég kérelmének benyújtását követő hat hónapon belül kerül sor. Az árak újabb értékelése 18 hónappal az első és 24 hónappal a második ármegállapítás után kötelező. Egy további újraértékelésre 18 hónappal a harmadik ármegállapítás után nyílik lehetőség.

Egyesült Királyság

Az egészségügyi és szociális ellátórendszer felügyelete, az egészségügyi forrástervezés és az az egészségügyi rendszer koordinációja tekintetében a brit ***Egészségügyi és Szociális Minisztérium (Department of Health and Social Care – DHSC)*** illetékes. A gyógyszerügy területén ide tartoznak a gyógyszeriparral a *Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access (VPAS)* keretében folytatott tárgyalások.

Az Egyesült Királyság állami egészségügyi szolgálata a ***National Health Service (NHS)***, amely költségvetésileg is közvetlenül a minisztériumhoz tartozik.

Az egészségügyi technológiai értékelést a ***National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*** végzi. Egyebek között tanácsadást nyújt az NHS részére az egészségügyi technológiák (gyógyszerek, orvostechika) és a klinikai kezelési módszerek célszerű alkalmazásával kapcsolatban.

A gyógyszerek és egészségügyi termékek engedélyezési hatósága a ***Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA)***, amely eldönti, hogy mely kész gyógyszerek és orvostechikai eszközök hozhatók forgalomba. Döntései az Egyesült Királyság minden országában érvényesek.

Az innovatív, magas árú gyógyszerek térítése rendszeresen haszonértékelésen alapul. A NICE által végzett egészségügyi technológiai értékelés költséghatékonyság elemzésre is kiterjed. Ennek célja, hogy a gyógyszerek ára megfeleljen azok hasznának.

A NICE a gazdaságossági értékelés során az életminőséggel korrigált életevek (*quality-adjusted life years, QALY*) mérőszámát alkalmazza.

A NICE a haszonértékelés különböző módozataihoz folyamodik. Ezek közül a gyógyszeripar szempontjából a legfontosabb egy független értékelési bizottság, amely betegekből, kutatókból, az NHS és az ipar képviselőiből áll, akik mellett laikusok is szerepet kapnak, akik nem betegek és nem szakértők.

ELŐJEGYZÉSI LISTA

2026. I. negyedév 1. sz. (2026. január 4.)

Globális egészségügy

- A várható élettartam globális értékelése a világ 204 országában 1950 és 2023 között: *Global Burden of Disease Study 2023*

Európa

- Jelentés a dohányzás, alkohol- és kábítószerfogyasztás helyzetéről a 16 évesek körében Európában – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)*
- Environmental Risk Assessment of Pharmaceuticals Under Review: Legal Challenges and Opportunities of a Monograph System
- Bismarck és Beveridge, az egészségügyi rendszerek dinoszauruszai (ÖKZ, 2025. 4.)

Finanszírozás

- Finanszírozási reformok a svájci kötelező egészségbiztosításban

Gyógyszer

- A BARMER biztosító gyógyszerügyi jelentése 2025. Övsömör – az oltások és megbetegedések helyzetének elemzése – *BARMER Arzneimittelreport 2025*

Fogyatékkal élők

- A fogyatékkal élők munkahelyi integrációjának modelljei hat európai országban

Bérléti politika

- Jelentés a bérek helyzetéről Európában 2024/2025-ben
- Jelentés a minimálbérek helyzetéről Európában 2025-ben – *WSI-Mindestlohnbericht 2025*
- A tényleges bérek és minimálbérek alakulása Svájcban 2025-ben
- Az egészségügyi dolgozók keresete Németországban 2024-ben
- A betegpénztári főnökök keresete Németországban 2024-ben

Pszichedelikumok

- A pszichedelikus terápia tapasztalatai Németországban, Csehországban és Svájcban
- Nemzetközi felmérés a kávé és a pszichedelikumok táplálkozási zavarokra gyakorolt hatásáról

Időskorúak

- Az egészséges öregedés expozómája
- Az időskori elesettség genetikai tényezői

Orvosetika

- A Svájci Orvostudományi Akadémia szimpóziuma: Orvosetikai irányelvek a változó világban
- Ha az orvos halni készül

Orvostörténet

- Orvosi képtelenségek, amelyek megváltoztatták a világot

Infotainment

- Thomas Mann 150. Egy irodalomtörténész az író orvostudományi ismereteiről

*

A továbbiakban:

Európa

- Elsődleges orvosi ellátás a 21. században (ÖKZ, 2025. 5.)
- Trendek az 50 év fölötti lakosság ambuláns ellátásában 27 európai országban 2004 és 2022 között

Szakmai irányelvek

- Irányelvek az intenzív osztályok megterhelésének és a triázs megelőzéséről

Egészségügyi kiadások

- Az egészségügyi kiadások statisztikája Németországban 2021-ben
- A 300 milliárd eurós kérdés – a német egészségügy kiadásainak prognózisa 2040-ig
- Az egészségügyi alapbiztosítás költségei Svájcban 2021-ben

Szociálpolitika

- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Németországban – *Sozialbericht 2024* (DZA)
- Jelentés az időskorúak helyzetéről Németországban – *Neunter Altersbericht*
- Jelentés a szociális ügyek helyzetéről Svájcban 2023-ban – *Statistischer Sozialbericht Schweiz 2023*
- A svájci időskori gondoskodás modellje nemzetközi összehasonlításban
- A három pilléren alapuló svájci időskori biztosítási rendszer, mint nemzetközi reformmodell
- A svájci nyugdíjpénztárak statisztikája 2021-2022-2023 – *Pensionskassenstatistik*
- A szociális segélyek statisztikája Svájcban 2020-ban, 2022-ben és 2023-ban
- A svájci szociális biztonsági rendszerek összesített mérlege – *Gesamtrechnung der Sozialen Sicherheit 2023 (GRSS)*
- Folyamatok a svájci szociális biztonsági rendszerekben

Kórházügy

- A BARMER biztosító kórházügyi jelentése. Demensek aktív kórházi ellátása – *BARMER Krankenhausreport 2025*
- Panaszkezelés a németországi kórházakban 2018-ban (DKI)

Mesterséges intelligencia

- A Svájci Orvostudományi Akadémia szempontjai a mesterséges intelligenciával kapcsolatban

Ápolás

- Mítoszok az ápolásbiztosításról

Fiataikorúak egészsége

- A fiatalokat érintő kockázatok az Egyesült Államokban 2021-ben (CDC)

Étrendkiegészítők

- Hat étrendkiegészítő hepatotoxikus kockázatának értékelése az amerikai felnőtt lakosság körében

Orvosok elleni agresszió

- Politikailag motivált bűncselekmények a német egészségügyben 2021-ben

Praxishírek

- Nemzetközi felmérés a háziorvosi vizitek időtartamáról
- Orvosi praxisok és alapellátás Svájcban 2018 és 2021 között

Hivatásrend

- *Medscape Physician Behavior Report 2023*
- Jelentés a rezidens orvosok helyzetéről Európában
- Jelentés az orvosnők és férfi orvosok esélyegyenlőségéről a német egészségügyben
- A nők vezetői szerepfelfogása az orvosi praxisokban
- Az egészségügyi személyzet helyzete Svájcban
- Az autonómia hét tézise az egészségügyben
- Jelentés a rezidens orvosok helyzetéről Európában
- Hangulatfelmérés a német orvosi praxisok körében
- Az orvosok statisztikája Németországban 2023-ban
- A német kórházak bürokráciaindex (DKI, 2024 július)
- A svájci egészségügyi személyzet életpályája: a pályán maradástól a pályaelhagyásig

Népegészségügy

- *European Health Interview Survey (EHIS) 2019*
- *International Health Policy Survey 2024 (Commonwealth Fund)*
- Longitudinális kohorszvizsgálat a svéd lakosság egészségi állapotáról
- Jelentés az osztrák lakosság egészségfelméréséről 2022 – *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*
- A svájci lakossági egészségfelmérés előzetes eredményei
- A svájci lakosság egészségfelmérése 2021-2022: lelki egészség, stressz, zaklatás, burnout
- A svájci lakosság egészségfelmérése (2022). Az egészségi állapot nemek szerinti értékelése
- A sporttevékenység szerepe az elesés megelőzésében az időskorúak körében
- Az optimális erőnléti edzés hatása a halálozás csökkentésére az időskorúak körében
- Jelentés a ritka betegségekben szenvedő emberek helyzetéről Németországban 2023-ban

Gyógyászati segédeszköz

- A BARMER biztosító jelentése a gyógyászati segédeszközökkel való ellátásról. Költségek – *BARMER Heilmittelreport 2025*

Orvosképzés

- A valószínűségi számítási ismeretek jelentősége az orvosi gyakorlatban
- Balkezes sebészhallgatók oktatásának különleges igényei

Klinikai vizsgálatok

- A multinacionális randomizált klinikai vizsgálatok akadályai

Internetes adatbázisok

- Mi lesz, ha az USA lekapcsolja az internetes orvosi adatbázisokat?

Táplálkozás

- Táplálkozás, kardiovaszkuláris betegségek és halálozás a világ 80 országában
- Táplálkozáspolitikák Németországban: a *Food Environment Policy Index (Food-EPI)* értékelése
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről Németországban – *Ernährungsreport 2023*
- Jelentés a táplálkozás helyzetéről Németországban 2022-ben (DGE)
- Kohorszvizsgálatok a táplálkozásról

Emberi erőforrás

- Az orvosi személyzet statisztikája Európában 2021-ben (*Eurostat*)
- A szakképzett munkaerő helyzete az egészségügyi és szociális foglalkozások körében Németországban 2022-ben
- Az orvosi személyzet statisztikája Németországban 2022-ben – *Ärztestatistik 2022*
- Az egészségügyi személyzet statisztikája Németországban 2022-ben
- Személyzetkiesés a német kórházaknál
- Az orvosi praxisok és ambuláns centrumok strukturális adatai Svájcban. 2021-ben minden negyedik orvos 60 éves vagy annál idősebb volt
- Felmérés a munkaerő helyzetéről az orvostechika területén (DKI)

Orvostörténet

- Galenus páciensei
- Leonardo da Vinci, az anatómus
- VIII. Henrik kórtörténete
- III. Frigyes porosz császár gyötrelmei
- Heinrich Schliemann gyötrelmei
- Esendőség és halálozás az 1919-es spanyolnátha idején
- Frédéric Chopin kórtörténete
- A német kancellárok betegségei
- Bolondok Tornyá Bécében
- Nagy orvosi melléfogások
- Bell és Darwin: az emóciók anatómiája

Infotainment

- A középkori pórnök társasági élete. Egészségügyi ismeretterjesztés a fonóban
- Kalandtúra a bolondokházában 1800-ban
- Elvis Presley élete a reflektorfény és lelki összeomlás között
- Orvostudomány és mágia a Harry Potter-történetekben
- Európa hét legszebb gyógyszertára
- Franz Kafka és az orvostudomány; Könyvajánló: Franz Kafka szakácskönyve
- Hírességek hírhedt testrészei: Napóleon férfiassága; Hitler állkapcsa; Vincent van Gogh füle; Einstein agya; Szaddám Husszein vére; Michael Phelps felsőteste; John Fitzgerald Kennedy nyaka